

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

140

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

RINCKENBACH René

Ancien Interne de Saint-Lazare
né le 10 Décembre 1909, à Paris

Les Tuberculides polymorphes

Travail du service de M. le Professeur Agrégé Sezary

Président : M. GOUGEROT, Professeur

RENNES

IMPRIMERIE COMMERCIALE DE BRETAGNE

7, Rue des Francs-Bourgeois, 7

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

RINCKENBACH René

Ancien Interne de Saint-Lazare
né le 10 Décembre 1909, à Paris

Les Tuberculides polymorphes

Travail du service de M. le Professeur Agrégé Sezary

Président : M. GOUGEROT, Professeur

RENNES
IMPRIMERIE COMMERCIALE DE BRETAGNE

7, Rue des Francs-Bourgeois, 7

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	N..
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



MM.

BENARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD (Et^{ne}). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) .. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL ... Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{ne} J. LEVY..... Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE ... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE ... Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOCQUOT	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
HARVIER		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLERY			
RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS,

*en témoignage de ma profonde
affection,*

A MA SŒUR,

A MES AMIS,



Digitized by the Internet Archive
in 2026

*A NOTRE PRESIDENT DE THESE,
Monsieur le Professeur GOUGEROT,
Professeur de Clinique dermatologique
et syphiligraphique,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,*

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A NOTRE MAITRE,

*Monsieur le Professeur Agrégé SEZARY,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,*

*qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et
guidé dans notre travail par ses précieux
conseils.*

*Nous lui devons notre initiation à la
dermato-syphiligraphie et le meilleur de
notre formation. Qu'il veuille bien croire à
toute notre reconnaissance pour son accueil
si bienveillant et la sollicitude dont il nous
a entouré pendant notre séjour dans son
service.*

*Nous lui témoignons ici notre respectueuse
admiration et notre profond attachement.*

PLAN

I. — TUBERCULIDES.

- 1° Unité du groupe.
- 2° Difficultés du diagnostic.

II. — TUBERCULIDES POLYMORPHES.

Historique.

III. — CONSTITUTION DU GROUPE DES TUBERCULIDES.

- 1° Tuberculides dermiques ou dermo épidermiques.
- 2° Tuberculides hypodermiques.

IV. — OBSERVATIONS.

- 1° Etrangères.
- 2° Personnelles.

V. — STATISTIQUE.

VI. — DÉDUCTIONS PARTICULIÈRES AUX TUBERCULIDES POLYMORPHES.

- A) Morphologie.
- B) Evolution.
- C) Foyers tuberculeux.
- D) Pathogénie.

VII. — CONCLUSIONS.

Les tuberculides

C'est en 1896 que M. Darier donna une impulsion nouvelle à l'étude de la tuberculose dermatologique, en individualisant à côté des tuberculoses cutanées incontestables, un groupe d'affections en relation certaine avec la bacillose qu'il désigna sous le nom de tuberculides.

Ainsi de nombreuses variétés morphologiquement différentes, dispersées jusqu'alors dans des chapitres divers, furent réunies en dehors du groupe des tuberculoses cutanées proprement dites dont l'étiologie est démontrée par la présence du bacille de Koch.

1° Unité du groupe.

Les tuberculides forment un groupe bien défini par ses *caractéristiques anatomo cliniques communes*.

Toutes ces lésions

- Evoluent par poussées successives, sans fièvre, ni troubles généraux ;
- Sont susceptibles de guérir spontanément ;

- Présentent, indépendamment de leur type clinique, une structure histologique variable, tantôt banale, tantôt tuberculoïde ; on y rencontre rarement le follicule tuberculeux classique ;
- Ont toujours des rapports étroits avec la tuberculose ; les sujets qui en sont atteints ayant déjà présenté ou présentant, tantôt une tuberculose cutanée typique, tantôt une affection viscérale, ganglionnaire, osseuse, etc., d'origine bacillaire. Parfois, éveillent seuls l'attention des antécédents de tuberculose familiale ; néanmoins, « l'atmosphère tuberculeuse » ne fait jamais défaut ;
- Mais, dans la règle, la recherche du bacille de Koch, soit par simple coloration, soit par inoculation au cobaye faite selon la méthode classique, reste généralement infructueuse.

2° Difficultés du diagnostic.

Il est facile de deviner les difficultés auxquelles on peut se heurter dans l'établissement du diagnostic ; il n'existe pas encore de véritable critère.

La symptomatologie anatomo clinique manque d'autant plus de précision que les éruptions cutanées de certaines affections d'étiologie différente, syphilitique surtout, peuvent présenter la même morphologie.

Etant données l'absence de traitement véritablement spécifique, et la possibilité de voir les tuberculides guérir spontanément, il n'existe pas d'argument thérapeutique d'une valeur absolue.

Enfin, les preuves directes fournies par les méthodes bactériologiques et biologiques font souvent défaut.

Le procédé biologique intéressant que constitue la réaction à la tuberculine (cuti, intra-dermo) peut déceler une infection tuberculeuse ; il faut aussi retenir la valeur diagnostique d'une réaction focale consécutive à ces épreuves, dans le cas où les lésions en discussion deviennent rouges, turgescents. Les recherches récentes sur les formes invisibles et filtrantes du bacille de Koch, les méthodes d'inoculation avec passages successifs ouvrent des horizons nouveaux aux recherches étiologiques.

Le plus souvent, il faut donc se contenter des indications que fournissent les faits anatomo cliniques éclairés par les recherches bactériologiques, biologiques, et la mise en évidence d'une imprégnation, d'une atteinte bacillaire.

Une fois prouvés les rapports des tuberculides avec la tuberculose, il ne semble pas que ce groupe clinique doive perdre son individualité au profit des vraies tuberculoses cutanées. L'étude de ces lésions montre, en effet, la grande variété morphologique, évolutive des atteintes cutanées dues au bacille de Koch ; leur présence permet d'affirmer presque toujours un foyer tuberculeux suffisamment actif pour amener de temps à autre une décharge de virus dans le sang ; et vis-à-vis de cette poussée de bacillemie, l'organisme et la peau manifestent des réactions de défense spéciales, que l'on ne rencontre point ou pas au même degré dans les tuberculoses cutanées typiques.

II

Tuberculides polymorphes

Nous venons de voir les principales caractéristiques anatomo cliniques du groupe des tuberculides.

Le plus souvent, on observe chez un malade le même type morphologique, et cela, chaque fois qu'il est possible de l'examiner au cours de plusieurs poussées successives.

Mais il peut se faire que le même malade présente simultanément ou successivement des tuberculides de type différent.

Ces associations présentent le grand intérêt de faciliter l'étude et le diagnostic des tuberculides atypiques, difficiles à faire rentrer dans un type bien défini, de toutes ces formes intermédiaires dont le champ s'étend tous les jours.

Si nous rencontrons ces cas susceptibles de faire hésiter sérieusement le diagnostic, associés à des tuberculides classiques constituant un élément de certitude, nous avons ainsi la preuve de leur nature tuberculeuse.

Historique

Depuis longtemps, on a signalé fortuitement l'association de certaines formes de tuberculides cutanées, mais c'est en 1926 que M. Sezary a attiré l'attention sur ces faits, l'intérêt qui s'attache à leur étude, et pour bien les individualiser, leur a donné le nom spécial de tuberculides polymorphes, nom qui a été accepté depuis par MM. Nicolas, Massia et Michel; Kren; Favre, Gaté et Tiran.

III

Constitution du groupe des tuberculides

Avant de passer à l'étude des observations — personnelles ou non — de tuberculides polymorphes que nous avons pu recueillir, nous allons faire une revue d'ensemble de ce groupe aux limites encore discutées.

Dans cette énumération n'entreront que les formes cliniques relativement fréquentes et bien définies, seules décrites sous un nom spécial. Pour ne pas compliquer la terminologie, nous n'établirons pas de subdivision dans le groupe, et nous laisserons de côté la discrimination de M. Pautrier en tuberculoses cutanées atypiques et tuberculides vraies, correspondant à celle de Schau-mann en tuberculides et paratuberculoses cutanées, d'autant plus que ces groupes ne se superposent pas parfaitement.

Nous emploierons la classification de M. Darier, faite d'après la localisation des lésions et nous nous contenterons d'indiquer au cours de cette revue leur caractère légitime ou douteux, en essayant de montrer les diverses tendances qui se dégagent des conceptions étiologiques les plus récentes.

1° Tuberculides dermiques ou dermo épidermiques.

a) LICHEN SCROFULOSORUM.

b) TUBERCULIDES PAPULO NECROTiques (parmi lesquelles se trouvent rangés folliculis, acnitis et acné cachecticorum).

Ces deux affections ont fait leur preuve tuberculeuse et répondent à une pathogénie univoque.

c) LUPOÏDES MILIAIRES DISSÉMINÉES qui sont maintenant séparées du groupe des *sarcoïdes* dermiques et rattachées aux tuberculides classiques.

d) SARCOÏDES DE BOECK et LUPUS PERNIO bien que faisant partie de ce même groupe des sarcoïdes dermiques, sont considérés comme des affections différentes, spéciales, n'ayant que des rapports beaucoup plus éloignés avec l'infection tuberculeuse.

Lors de la réunion dermatologique de Strasbourg, en mai 1934, consacrée à l'étude des sarcoïdes, M. Pautrier semble bien s'être rallié aux idées de Schaumann qui considère ces lésions comme les manifestations cutanées d'une maladie générale portant à la fois sur la *peau* et le *système réticulo endothélial* (lymphatique et hématopoïétique), individualisée par lui sous le nom de *lymphogranulomatose bénigne*.

Pour faire ce diagnostic, il faut rechercher et trouver les autres symptômes de la maladie de système qu'il représente : lésions ganglionnaires, pulmonaires (adénopathie hilare), lésions des muqueuses, des os (ostéite des phalanges), des viscères (hypertrophie de la rate), altérations sanguines (mononucléose). Enfin, ces affec-

tions présentent certaines particularités : structure histologique assez invariable, tendance à évoluer vers la chronicité, sensibilité tuberculinique presque inexistante.

Mais le problème reste entier, l'accord n'arrivant pas à se faire sur l'étiologie de cette lymphogranulomatose.

Schaumann pense qu'elle est imputable aux formes filtrantes du bacille de Koch, ou à la tuberculose bovine; cette dernière hypothèse paraît la plus probable à M. Pautrier. Kissmeyer penche en faveur d'un granulome infectieux, pouvant prendre place entre la tuberculose et la lèpre, et relever d'un agent autonome. Jadassohn opte pour une étiologie tuberculeuse, et fait remarquer que l'absence habituelle de réaction à la tuberculine chez les malades porteurs de ces lésions, peut relever d'un état anergique spécial.

En résumé, bien que l'argument de fréquence soit en faveur de l'origine tuberculeuse, il semble encore prématuré de conclure.

e) LUPUS ÉRYTHÉMATEUX dont Schaumann fait une lymphogranulomatose métascrofuleuse. Mais des antécédents bacillaires, la coexistence de tuberculides ou d'autres lésions incontestablement tuberculeuses, l'extrême sensibilité tuberculinique viennent généralement plaider en faveur de relations certaines avec la tuberculose.

2° Tuberculides hypodermiques.

a) SARCOÏDES SOUS-CUTANÉES DE DARIER ROUSSY ET SARCOÏDES NOUEUSES DISSÉMINÉES DE DARIER.

Les premières présentent une structure tuberculoïde pure, les autres une réaction inflammatoire banale du tissu adipeux.

Pour Schaumann, ces sarcoïdes hypodermiques sont à considérer comme des tuberculides.

MM. Darier et Pautrier estiment qu'elles constituent un syndrome clinique et histologique pouvant relever de causes diverses : tuberculose, syphilis, lèpre — le rôle étiologique de l'infection tuberculeuse étant néanmoins de beaucoup le plus fréquent.

b) ERYTHÈME INDURÉ de BAZIN, ne semble pas présenter de différences essentielles avec les sarcoïdes hypodermiques. Une localisation identique, une même structure histologique permettent d'identifier ces affections.

Son étiologie est toujours tuberculeuse.

L'unité du groupe est controversée. Comme nous l'avons vu, les auteurs discutent encore pour savoir s'il est légitime de faire entrer dans ce groupement certaines des affections que nous avons citées.

A ce point de vue, l'étude des tuberculides polymorphes est particulièrement intéressante, car de la coïncidence chez un même malade de plusieurs formes cliniques, on peut conclure à l'identité de nature.

Observations étrangères

OBSERVATION 1

Tuberculides papulo-nécrotiques, acnitis et lichen scrofulosorum. Adénite inguinale tuberculeuse.

(Milian et Perin)

Ce petit malade a déjà été présenté à la Société en décembre 1923. Nous en rappelons brièvement l'histoire : il s'agissait d'un enfant de cinq ans porteur d'une éruption généralisée qui datait à l'époque de deux mois et demi et s'étendait progressivement malgré les traitements institués et en particulier le traitement spécifique.

Cette éruption était constituée par des éléments polymorphes présentant à la face le type de l'*acnitis*, aux membres le type des *tuberculides papulo nécrotiques*, au tronc le type du *lichen scrofulosorum*.

Il existait, outre des signes d'*adénopathie trachéo bronchique* et une cuti-réaction fortement positive avec vésico-pustule, une *adénopathie* volumineuse cliniquement bacillaire de l'*aîne droite*.

D'autre part, malgré une réaction de Wassermann négative, l'hérédosyphilis paraissait démontrée par des stigmates dentaires, une lésion organique de l'orifice mitral survenue sans cause apparente, et des antécédents héréditaires suspects.

Nous avons conclu à des tuberculides d'origine tuberculeuse, évoluant sur un terrain hérédosyphilitique, mais sans rapport direct avec la syphilis. Depuis, le laboratoire est venu confirmer cette manière de voir, et un cobaye inoculé avec un fragment de *biopsie* provenant d'un des éléments de la cuisse, est mort au bout de vingt-cinq jours avec des *lésions manifestement tuberculeuses*.

Nous présentons aujourd'hui le même petit malade guéri, tout au moins en ce qui concerne ses lésions cutanées. Ce résultat local a été obtenu par le vaccin Jousset. Un traitement spécifique, puis radiothérapique institués auparavant étaient restés complètement inefficaces.

Nous avons pratiqué deux injections sous-cutanées de 1/10 puis de 2/10 de centimètre cube de vaccin Jousset, à trois jours d'intervalle. Toutes deux ont déterminé le soir même une réaction générale vive, fièvre à 39°8; et une réaction locale inflammatoire au lieu d'injection.

Nous avons revu l'enfant au bout d'un mois. Les lésions avaient presque entièrement disparu et cette amélioration, au dire des parents s'était produite une quinzaine de jours environ après la deuxième injection. Aujourd'hui, les tuberculides de la face et des membres sont presque entièrement affaissées, et la plupart sont remplacées par un processus cicatriciel ; le lichen scrofulosorum a complètement disparu.

Ajoutons cependant que l'adénopathie inguinale est demeurée stationnaire et conserve encore aujourd'hui les dimensions d'un œuf de poule. Sans préjuger de l'évolution ultérieure chez notre petit malade, il nous a paru intéressant de le présenter de nouveau, tant pour confirmer la nature tuberculeuse des lésions cutanées que pour montrer le résultat local intéressant obtenu par la thérapeutique vaccinale antituberculeuse sur ces lésions.

OBSERVATION 2

Tuberculides polymorphes.

(Sezary, Norero et Lichtwitz)

Mme Mo..., 39 ans, sans profession, consulte à Broca le 7 avril 1926, pour une affection cutanée datant de deux mois et demi, et consistant en nodules hypodermiques des deux jambes. Ces nodules siègent dans les régions susmalléolaires et présentent les caractères tantôt des *sarcoïdes noueuses disséminées* (sans érythème) tantôt de l'*érythème induré de Bazin*. De plus, sur la face dorsale de la racine du pouce gauche, on voit un *granulose annulaire* typique.

Dans la région axillaire gauche on trouve, appliqué comme un galet contre la paroi costale, une masse dure, indolente, à surface bosselée, mobile dans le tissu cellulaire ; c'est un gros paquet ganglionnaire, formé de *ganglions* agglomérés non ramollis.

Cette adénopathie a débuté il y a onze ans. La radiographie montre par ailleurs quelques ombres opaques au hile droit.

La malade a maigri de 8 kil. depuis un an et demi. Cette adénopathie paraît bien bacillaire. D'ailleurs sur ses quatre enfants cette femme en a perdu un de méningite tuberculeuse.

En avril 1926, nous avons traité cette malade par des piqûres intra-dermiques de tuberculine à doses progressives. Celles-ci ont déterminé à plusieurs reprises de fortes réactions focales inflammatoires.

Au mois de juin, le granulome disparaît, les sarcoïdes s'effacent, mais des *tuberculides papuleuses* apparaissent sur le dos des mains.

En novembre, les tuberculides papuleuses se sont effacées,

mais sur les mains, les avant-bras, les coudes, des *tuberculides papulo-nécrotiques* ont fait leur apparition.

Le 6 octobre, une biopsie est pratiquée sur une papule de la main. L'examen histologique a donné des résultats suivants : lésions de la partie moyenne et profonde du derme constituée par un infiltrat de cellules lympho-conjonctives à protoplasma acidophile et de cellules à protoplasma basophile ; quelques mastzellen ; une cellule géante type. Au centre de la lésion, on note un léger épaissement des fibres conjonctives sans sclérose. Il existe un certain degré de capillarite. L'épiderme présente un simple épaissement de la couche cornée.

Des colorations par la méthode de Ziehl n'ont *pas* révélé de *bacilles de Koch*. D'autre part, un cobaye inoculé avec un fragment de la biopsie n'a pas été tuberculisé.

Depuis l'année 1926, la malade a été vue à intervalles réguliers. Au début de l'année 1927, toutes les tuberculides se sont effacées.

Au mois de juillet 1931, est apparue une nouvelle *éruption des tuberculides papulo-nécrotiques* à la face et aux bras et des *lésions d'érythème induré* de Bazin aux deux jambes. Un traitement par le vaccin de Vaudremer a provoqué une amélioration nette, sans faire disparaître complètement les éléments des jambes.

L'adénite axillaire gauche a diminué de volume.

OBSERVATION 3

Deux cas d'érythème induré de Bazin, le premier géant, le deuxième nain, tous deux avec tuberculides papulo-nécrotiques superposées.

(Gougerot et Filliol)

Ces deux malades montrent des tendances opposées.

La première malade est atteinte d'une forme géante d'érythème induré de Bazin, large de 10 cm. sur 10, par confluence des nodules, et sur ce placard se superposent des tuberculides papulo-nécrotiques classiques.

La deuxième malade associe :

1° Un érythème induré classique à la jambe droite (et les hivers précédents, elle eut des éléments semblables dont plusieurs s'ulcérèrent);

2° Des érythèmes indurée nains de 5 mm. ou *tuberculides nodulaires hypodermiques* de la jambe gauche;

3° Des *tuberculides papulo-vésiculeuses*, formes atténuées abortives des tuberculides papulo-nécrotiques superposées à l'érythème induré de la jambe droite.

On doit remarquer l'opposition de ces deux malades.

Chez la première malade, les tuberculoses sont dans toute leur intensité : érythème induré à gros nodules et confluent, les tuberculides papulo-nécrotiques sont en pleine activité.

Chez la deuxième malade, au contraire, les tuberculoses s'atténuent, les érythèmes indurés sont au minimum nains, les tuberculides sont avortées, superficielles, quoique laissant des cicatrices ponctuées.

Chez les deux malades, il y a superposition d'une tuberculose hypodermique, érythème induré de Bazin et, dans le derme recouvrant les nodules de Bazin, des tuberculides papulo-nécrotiques et papulo-vésiculeuses.

OBSERVATION 4

Lupoïdes miliaires et tuberculides de la face.

(Pautrier et Glasser)

Kol... (Auguste), 30 ans, entre au service le 29 février 1927.
Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Vers le début de 1926, alors que le sujet se sentait en bon état général, des papules acuminées et légèrement suintantes apparurent sur la moitié gauche du front. Bientôt elles gagnèrent la totalité du front. En *deux semaines* environ, elles atteignirent les régions temporales droites et gauches, et les pommettes.

Quelques éléments apparurent au-dessus de la lèvre supérieure, au menton, au cuir chevelu.

L'éruption se produisit *sans signes généraux*, ni douleur, ni prurit.

Aucun élément éruptif sur le reste du corps.

Depuis fin décembre, l'état du malade n'a pas changé, les éléments éruptifs persistent. En janvier 1927, un médecin consulté a prescrit une pommade à l'oxyde de zinc, puis le 23 février, le malade vient consulter à la clinique.

Etat actuel :

Malade de bonne constitution, en bon état de nutrition. Température à l'entrée 37, pouls à 70.

L'examen des appareils digestifs, pulmonaire et nerveux, cardio-vasculaire ne décèle aucune particularité.

Urines : ni sucre, ni albumine, ni urobilinogène.

Glycémie : 1 %.

Bordet-Wassermann et Hecht-Bauer : négatifs.

Description des lésions :

L'éruption est aujourd'hui distribuée sans ordre sur la

presque totalité de la face, mais très irrégulière comme abondance, les éléments étant rares sur les joues, beaucoup plus abondants au contraire sur le front, confluent au niveau de la région temporale.

Front : on note l'existence d'une quarantaine d'éléments, distribués irrégulièrement sur le front, particulièrement confluent au niveau de la région temporale gauche.

Ces éléments sont de dimensions extrêmement variables, les plus nombreux ont la grosseur d'une tête d'épingle blanche, bombés, saillants, arrondis, d'une couleur qui va du rouge cuivre au rouge jaunâtre, quelques-uns paraissent légèrement translucides. Quelques-uns ne présentent aucune lésion épidermique à leur niveau et ont tout à fait l'aspect de *lupoïdes miliaires* de Boeck. D'autres présentent à leur sommet une minime croûte, comme s'il y avait eu une légère ulcération.

Au palper on a une sensation d'infiltration, mais d'infiltration molle.

Au niveau de la région temporale gauche, un certain nombre d'éléments, les plus anciens, sont manifestement en voie de régression. Ils se sont affaissés et ne se traduisent plus que par une petite tâche jaunâtre, rappelant l'aspect d'un petit lupome. D'autres plus en régression encore, prennent nettement une allure cicatricielle, avec légère dépression de la peau à leur niveau.

Un certain nombre d'autres éléments sont plus volumineux et atteignent la dimension d'une grosse tête d'épingle noire. Ils sont toujours bombés, saillants, et d'un rouge plus franc, sans lésion épidermique, ni tendance à l'ulcération à leur sommet. Enfin, au-dessus du sourcil droit, et dans la région temporale droite, on constate l'existence d'éléments beaucoup plus volumineux, de la grosseur d'un noyau de cerise, extériorisés, bombés et saillants, de couleur rouge rosé et reposant sur un véritable

noyau d'infiltration hypodermique. Au palper, ils sont durs et fermes, la petite nodosité étant parfaitement mobilisable.

Face : sur les paupières supérieures et inférieures on note l'existence d'une dizaine de petites lésions, analogues à celles que nous avons décrites au niveau de la région temporale, et dont les dimensions vont d'une tête d'épingle blanche à une tête d'épingle noire, de couleur rouge jaunâtre.

Dans le sillon naso-genien gauche, *lésion papuleuse* de la grosseur d'un pois vert, rouge, bombée, présentant un terme de transition entre les petites lésions à type de lupoides, et les *grosses nodosités hypodermiques* de la moitié droite du front.

Sur les joues, la région de la barbe et le menton, on note l'existence de chaque côté de 15 à 20 lésions de dimensions moyennes et analogues à celles que nous avons déjà décrites.

De chaque côté également, vers l'angle du maxillaire, on trouve une dizaine de lésions de la dimension d'une grosse tête d'épingle noire, débordant la région de la barbe et s'étendant vers la partie latérale du cou.

Cuir chevelu : quelques rares lésions papuleuses, légèrement infiltrées en profondeur.

Ganglions : de chaque côté, au niveau de l'angle de la mâchoire, il existe un petit ganglion de la grosseur d'un noyau de cerise : du côté droit en outre, ganglion de même dimension au niveau de la partie moyenne du maxillaire.

26 février 1927 : *intra-dermo réaction à la tuberculine fortement positive.*

Examen anatomo-pathologique :

Colorations bactériologiques : *ni BK, ni autre microbe.*

Lésions histologiques : nombreux points d'aspect tuberculeux et constatation de lésions à allure gommeuse, avec centre formé par un réseau fibrineux riche en polynucléaires et péri-

phérie constituée par une couche épaisse de cellules épithélioïdes avec cellules géantes et plasmocytes.

Inoculation au cobaye positive.

OBSERVATION 5

Tuberculides papulo nécrotiques des membres supérieurs et inférieurs et tuberculides ulcéreuses des jambes.

(Pautrier et Mlle Ullmo)

Kl... (Jeanne), 15 ans.

Antécédents personnels :

Rougeole à 4 ans. A l'âge de 12 ans, la malade dit avoir eu des abcès qui ont duré quelques semaines, et qui laissaient sourdre un liquide jaune sirupeux (gommes probables).

En 1926 : abcès de la gorge et érysipèle consécutif.

Pas encore réglée. Aucun passé pulmonaire.

Maladie actuelle :

Depuis environ juillet-août 1926, la malade a constaté un *ganglion* sur le côté droit du cou, situé dans la chaîne carotidienne. Ce ganglion a progressivement augmenté de volume, puis il s'est *ulcéré* cet hiver et il a donné issue à une quantité importante de pus.

La malade n'a pas consulté. Environ 3 à 4 semaines après l'ulcération du premier ganglion, un second est apparu juste au-dessous, qui a évolué de la même façon que celui-ci.

Depuis un mois, un troisième est apparu. Ce dernier ganglion n'est pas ulcéré.

En même temps que le premier ganglion, la malade a constaté l'apparition sur les deux jambes de *petites pustules* en assez grand nombre. Celles-ci se sont ouvertes spontanément, donnant issue à du pus abondant et laissant de multiples ulcérations. Les deux fesses sont également pleines d'éléments jeunes.

Depuis environ 3 semaines, la malade présente en outre des lésions analogues à celles du début des jambes sur les deux bras et les mains. Et il y a 15 jours sont apparus des éléments jeunes sur la face entière, sur le cou, le devant de la poitrine et les seins.

Dès sa petite enfance la malade se rappelle avoir eu les extrémités bleues et froides.

Etat actuel :

La malade présente des cicatrices des *anciens abcès (gommes probables)*.

A part les deux ganglions ulcérés et le gros ganglion fluctuant de la chaîne carotidienne droite, la malade présente un très volumineux chapelet carotidien gauche.

Dans les aisselles et les aines, on palpe de nombreux petits ganglions, durs, mobiles.

17 janvier. *Intra-dermo à la tuberculine.*

Température à 40° et réactions focales à la suite de l'emploi par erreur de tuberculine brute.

Description des lésions :

Au-dessous du lobe de l'oreille, en arrière de l'angle du maxillaire, volumineux ganglion de la grosseur d'une noix, fluctuant dans sa partie centrale. La ponction donnera issue à 4 cc. de pus.

Immédiatement au-dessous, vaste ulcération de contours nettement arrêtés mais de forme irrégulière, à grand axe antéro-postérieur, d'environ 3 cm. de long sur 1 cm. 5 de haut. Sur la

moitié postérieure de son étendue l'ulcération creuse d'environ 3-4 mm. tandis que toute sa partie antérieure est occupée par une masse bourgeonnante, de la grosseur d'un gros haricot blanc, formant une sorte de fungus végétant. Les bords de l'ulcération sont tantôt rougeâtres, tantôt livides violacés, et partiellement décollés.

En arrière de cette ulcération, une autre d'aspect, de forme et de dimensions presque analogues.

Membres supérieurs :

Les lésions des membres supérieurs n'occupent que l'avant-bras, le poignet, la face dorsale des mains; au nombre d'une cinquantaine, elles se présentent avec les caractères nets de tuberculides papulo-nécrotiques.

— Sur la face dorsale des premières phalanges du médus, de l'annulaire et de l'index gauches on trouve des lésions différentes d'aspect, se présentant sous forme de *taches érythémateuses* mal limitées, recouvertes d'un *enduit squameux* peu prononcé et rappelant l'aspect de ces lésions intermédiaires aux tuberculides et aux lupus érythémateux, comme on en observe fréquemment dans ces cas au niveau des mains.

— Sur le devant de la poitrine et sur la partie supérieure du dos, surtout dans la région interscapulaire, on note la présence de macules érythémateuses de la dimension d'une lentille à celle d'un petit pois, mal limitées, en général planes mais quelques-unes légèrement saillantes, parfois légèrement squameuses à leur surface, non infiltrées au toucher, qui, elles aussi, auraient réagi à la tuberculine, mais qu'il est impossible de classer dans un type de tuberculides nettement défini.

Membres inférieurs :

On trouve une vingtaine de tuberculides papulo-nécrotiques disséminées sur les deux cuisses.

Au niveau des deux mollets, les lésions deviennent beaucoup plus abondantes et changent d'aspect.

Sur chaque mollet on trouve environ 50 à 60 éléments dont la plupart se présentent avec l'aspect suivant : lésion de la grosseur d'un gros pois, presque toujours recouverte par une croûte brunâtre. Sous ces croûtes on trouve soit une simple macule érythémato pigmentée d'éléments en voie de disparition, soit une petite ulcération. Cette dernière toutefois n'a pas les caractères habituels de la petite ulcération caractéristique des tuberculides papulo-nécrotiques. Elle est plus étendue, irrégulière de contours, à fond anfractueux et irrégulier, et dans ce cas l'élément s'entoure souvent d'une zone érythémateuse périphérique de quelques millimètres de large. Par places on trouve un certain nombre d'éléments ulcérés, plus volumineux et plus larges, du diamètre environ d'un noyau de cerise. Ils servent de terme de transition pour expliquer la formation de vastes *placards ulcéreux* qu'on trouve au nombre de 3 à gauche, de 2 sur le mollet droit.

Ces derniers ont un diamètre allant de la dimension d'une pièce de 1 franc à celle de 5 francs, une forme arrondie, ovulaire, ou franchement irrégulière. Les bords sont rouge violacé, légèrement surélevés et surplombent l'ulcération. Le fond de ces dernières a une teinte variable, rougeâtre, brunâtre, ecchymotique et par places franchement jaunâtre.

Parfois, dans l'épaisseur du rebord rouge et surélevé, on retrouve de petites ulcérations comme une tête d'épingle, à fond jaunâtre.

Par places, le fond de l'ulcération bourgeonne légèrement. Les lésions sont nettement douloureuses au toucher.

La *biopsie* d'une partie périphérique de la vaste *ulcération* siégeant sur la face externe de la jambe gauche montre une

structure nettement tuberculeuse. Recherche des BK dans les coupes : négative.

Inoculation au cobaye avec le liquide purulent retiré par ponction de la gomme du cou non ulcérée : *positive*.

Examen radioscopique : tuberculose fibreuse du sommet droit avec péribronchite fibreuse entre le sommet et le hile droits ; légère péribronchite moins ancienne dans les parties moyennes du poumon droit. Condensation hilare droite. Cicatrices dans le sommet gauche.

En résumé, cette malade a présenté des tuberculides papulo-nécrotiques typiques des membres supérieurs et inférieurs et aux jambes, des lésions ulcéreuses dont l'examen histologique a mis en évidence la structure tuberculeuse.

Il est toutefois difficile de classer ces lésions dans un type défini de tuberculides : il ne s'agit pas d'érythème induré de Bazin ulcéré ; les nodosités hypodermiques de cette affection font défaut.

On ne peut non plus parler d'ulcère tuberculeux atypique. La dimension des ulcérations exclut encore le type papulo-nécrotique ; nous les désignons sous le terme descriptif de tuberculides ulcéreuses.

Toutes ces lésions évoluent chez une malade nettement tuberculeuse avec *tuberculose fibreuse du sommet* et *ganglions tuberculeux*.

OBSERVATION 6

Association chez une même malade de manifestations atypiques de tuberculose cutanée et de tuberculides. Terminaison par une méningite tuberculeuse.

(Gaté, Rousset)

Mlle D... (Yvonne), 26 ans, femme de chambre, entre dans le service le 4 juin 1928 pour des lésions cutanées des orteils qui durent depuis le mois de mars.

On ne relève rien de particulier dans ses antécédents.

Elle aurait soigné il y a deux ans, pendant un mois, une jeune femme morte de tuberculose à marche rapide.

Au mois de janvier dernier, elle a présenté sur les jambes des plaques de couleur violacée, non douloureuses, qui auraient disparu en une dizaine de jours.

Au début du mois de mars, elle commence à souffrir de lésions cutanées, qui surviennent sur les orteils et sur le bord externe du pied droit. Un médecin consulté fait le diagnostic de pyodermites et prescrit le traitement classique par l'Eau d'Alibour et la pommade à l'oxyde jaune de mercure. Ce traitement ne produit aucun effet et de nouvelles lésions papuleuses apparaissent sur les bras.

A l'entrée, on note quatre ordres de lésions :

1° Au pied droit, sur les 2°, 3°, 4° orteils on note une cyanose locale avec épaissement des téguments des phalanges, seulement au niveau de la face dorsale et dans la région rétro-unguéal. En plusieurs points, on note des croûtelles, qui recouvrent des petites exulcérations suppuratives et suintantes.

Au niveau des 3° et 4° orteils, il y a de plus une suppuration très nette dans la rainure de l'ongle. Ces lésions sont à peu près

indolores. Sur la pulpe digitale des 3^e et 4^e orteils, il existe de petites lésions papuleuses violacées non suppuratives.

On note encore deux petits foyers suppuratifs sur le bord externe du pied et au niveau de la tête du 5^e métatarsien. Ces lésions datent de trois mois et sont les unes cicatrisées, les autres en voie de cicatrisation. Elles reposent sur des téguments infiltrés et sont de couleur violacée.

2° Au niveau du bras et de l'avant-bras droits, il existe trois petites lésions qui ont l'aspect de *tuberculides papulo-nécrotiques*.

3° Sur le médius droit, on trouve sur la face dorsale de la région phalango-phalanginienne une tumeur de la grosseur d'un pois, de couleur rouge violacée, non douloureuse, à contours diffus, qui est dure à la palpation et qui présente un aspect cicatriciel. Cette tumeur remonte à trois mois.

4° Au niveau de la fesse gauche et sur la cuisse du même côté, on remarque trois nodules, dont un beaucoup plus gros, recouverts de téguments lilacés, légèrement douloureux à la palpation.

Ces nodules sont à la fois dermiques et hypodermiques. Ils donnent à l'exploration une sensation vaguement lobulée. En voulant pratiquer une biopsie du plus gros le 13 juin, on fait s'écouler un pus bien lié, non grumeleux, assez abondant (un verre à liqueur).

L'examen général de la malade ne révèle rien de particulier au cœur, non plus qu'aux poumons dont l'auscultation est négative. Par contre, on note quelques ganglions cruraux durs, sans périadénite.

La radioscopie du thorax est négative.

A noter un amaigrissement important de plusieurs kilos depuis quelques mois. La température reste normale. L'appétit est conservé; les règles sont régulières.

Nous avons pratiqué chez cette malade les examens de laboratoire suivants :

Le pus recueilli au niveau des nodules de la cuisse, et le pus des ulcérations des orteils, inoculés à des cobayes, ont tous deux tuberculisé les animaux en expérience.

La réaction de Bordet-Wassermann a été négative.

On fait à la malade une série de dix injections de bismuth (mithanol). Les plaies des orteils sont d'autre part cautérisées tous les jours avec du chlorure de zinc au tiers et pansées à l'oxyde jaune de mercure.

Le 18 juillet, la malade quitte le service, les lésions ayant complètement disparu sauf au pied où elles sont en voie de cicatrisation.

On apprend fin septembre que la malade partie dans sa famille à la campagne y a succombé assez rapidement à une méningite, qui d'après le médecin traitant aurait été une méningite tuberculeuse.

Les nodules inflammatoires observés au niveau de la fesse et de la cuisse gauches se présentaient comme de véritables nouures et, étant donné le contexte clinique, on pouvait penser à des sarcoïdes hypodermiques de Darier Roussy. Il s'agissait cependant de *gommes tuberculeuses* indiscutables, comme nous le montra la tentative de biopsie et la tuberculisation du cobaye.

D'autre part, les lésions des orteils avaient toutes les caractères de pyodermites véritables, de tournoles, de suppurations banales périunguéales. Mais la résistance au traitement des pyodermites attira l'attention. La découverte des autres manifestations cutanées devait nous faire rattacher ces lésions à la tuberculose, les résultats de la biopsie et de l'inoculation du pus au cobaye ne firent que confirmer notre opinion. Il s'agissait en tout cas d'une forme rare de tuberculose cutanée. Il n'y avait

pas de nodules visibles à la vitro-pressure, le lupus dans sa forme ulcéreuse pouvait être éliminé.

On avait affaire à une *tuberculose ulcéreuse et suppurative* tout à fait pyodermitique d'aspect. Ce type clinique n'a jamais été observé par nous.

Les tuberculides présentées par notre malade ne prêtent guère à discussion. Cliniquement on pouvait affirmer qu'il s'agissait de *tuberculides papulo-nécrotiques*, l'examen histologique confirma ce diagnostic.

Quant à la lésion du médius droit, la biopsie permit d'y voir des formations tuberculoïdes indiscutables ; l'aspect faisait d'autre part penser à une *sarcoïde de Boeck*.

Il semble bien que si la bénignité est la règle pour les tuberculides, ces dernières peuvent coexister avec une tuberculose cutanée typique et sévère et se terminer d'une façon fâcheuse. C'est là une considération qui a une importance théorique et pratique.

OBSERVATION 7

Tuberculides de types multiples chez une même malade (Pautrier et Mlle Ullmo)

Cette malade a été déjà présentée en mars 1927 pour des tuberculides papulo-nécrotiques des membres supérieurs et inférieurs, et des tuberculides ulcéreuses des jambes.

Mise au traitement par le novarsenobenzol et la tuberculine C. L. De mai 1927 jusqu'en mars 1929, elle aurait été guérie de ces accidents cutanés.

Depuis deux mois seulement, les lésions actuelles pour les-

quelles la malade est rentrée à nouveau dans nos services, ont fait leur apparition.

Etat actuel :

La face est indemne. Sur le cou, on retrouve un mélange de cicatrices et de *lésions ulcéro-gommeuses* siégeant sur des *masses ganglionnaires* encore importantes.

Tronc :

La partie antérieure du thorax et de la paroi abdominale, ainsi que les flancs et la région dorsale, mais dans une moindre proportion, présentent un semis de petites lésions, dont les dimensions vont de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, de couleur rose bistre, quelques-unes très légèrement saillantes, parfois recouvertes d'une petite squame à peine infiltrée au toucher. Le diagnostic clinique que l'on pourrait porter sur elles est fort hésitant. La petite dimension des lésions, l'absence d'ulcération centrale fait rejeter le diagnostic de *tuberculides papulo-nécrotiques* franches.

D'autre part, si l'on pense au lichen scrofulosorum, on remarque aussitôt que les éléments sont plus volumineux que ceux de cette affection, qu'ils sont tous isolés les uns des autres, qu'ils n'affectent jamais les groupements en plaque habituels. Une biopsie est faite au niveau d'un de ces éléments.

Membres supérieurs :

On trouve à la face postérieure du bras, sur l'avant-bras et sur le dos des mains un grand nombre de cicatrices correspondant aux *tuberculides papulo-nécrotiques* apparues en 1927.

Au niveau du coude droit, on trouve deux ou trois lésions de la grosseur d'une lentille de couleur jaunâtre, d'aspect lupiforme, qui feraient croire volontiers à un petit foyer de *lupus disséminé*. Un de ces éléments est enlevé par biopsie.

Sur la face dorsale de la première phalange du médius et

de l'annulaire droits, de l'index, du médius et du petit doigt gauches, on trouve des lésions différentes de celles qu'elle présentait en 1927.

Il y a encore une zone d'érythème diffus, mais aujourd'hui sans desquamation, ne rappelant en rien le lupus érythémateux. Par contre sur ce fond d'une rougeur violacée, on note l'existence de petites *nodosités* de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un rouge un peu plus violacé sombre, très légèrement infiltrées au toucher.

Une biopsie est faite au niveau du petit doigt gauche.

Membres inférieurs :

Les lésions sont groupées au niveau des deux mollets.

Elles sont beaucoup plus discrètes sur les genoux et la partie inférieure des cuisses et s'estompent également sur la face dorsale des pieds. La région des mollets présente un semis extrêmement confluent et par places fusionné en nappes de lésions de dimensions variables, allant d'un pois vert à une pièce de 50 centimes ou de 1 franc et groupées, pour former des placards étendus à contours assez nettement arrêtés.

Ces placards sont de couleur rouge violacé, marbré de brunâtre et largement parsemés d'ulcérations et de croûtes, ainsi que d'un certain nombre de cicatrices, reliquat des lésions antérieures.

Les ulcérations sont relativement superficielles, de contours irréguliers, baignées de pus.

Les lésions les plus intéressantes, parce que plus jeunes, et permettant davantage un diagnostic, sont les lésions isolées qui ont grossièrement le caractère de *tuberculides papulo-nécrotiques*.

Il est vraisemblable que les grands placards ulcéreux et croûteux sont produits par la fusion de ces dernières lésions et que l'infection secondaire est venue se surajouter.

19 juillet 1929 :

La malade a reçu depuis son entrée dans le service jusqu'à aujourd'hui 0,84 de sulfarsenol et les quatre premières doses de Tuberculine C. L.

Sous l'influence du traitement, les lésions des mains, du thorax et des jambes ont regressé presque complètement et il n'en persiste plus que quelques reliquats pigmentaires.

Première biopsie : cette lésion est absolument identique à celle du *lichen scrofulosorum*.

Deuxième biopsie : on a une image qui est celle d'une petite gomme tuberculeuse, mais où il a été impossible de trouver le moindre bacille de Koch.

OBSERVATION 8

Tuberculides polymorphes.

(Nicolas, Massia, Michel)

Cette malade est porteuse de lésions extrêmement polymorphes, les unes tuberculides classiques, les autres d'un caractère beaucoup plus insolite mais que nous croyons cependant pouvoir faire rentrer dans le même cadre nosologique.

Mlle B... (Marie), 25 ans, est vue à la clinique du professeur Nicolas le 14 janvier 1930. Sans antécédents pathologiques héréditaires notables, cette jeune fille de constitution apparemment robuste, réglée normalement, a, dès ses premières années, présenté une susceptibilité pulmonaire assez marquée.

Elle eut sa première *bronchite* à l'âge de quatre ans environ, et en même temps, au dire des parents, elle aurait présenté déjà un éruption de tous points semblable à la dermatose actuelle, et

ayant laissé des cicatrices à caractère varioliforme. Depuis, la tendance aux bronchites hivernales est manifeste et il y a cinq ans, se produisit un épisode bronchitique particulièrement intense.

Il y a deux ans (Noël 1927) apparurent les premières lésions de la dermatose actuelle. Elles étaient localisées symétriquement à la région sus-achilléenne. La malade ne peut donner grandes précisions sur leurs caractères. A aucun moment d'ailleurs, l'éruption ne se généralisa; bien au contraire, l'été suivant amena leur régression complète. Celle-ci d'ailleurs fut d'assez courte durée puisqu'en septembre de la même année 1928, les lésions réapparurent et cette fois prirent l'extension que nous constatons encore actuellement. Depuis lors, en effet, elles ont présenté une remarquable fixité; tout au plus, y eut-il, au cours de l'été 1929, une discrète atténuation.

Cette dermatose prédomine nettement à la région fessière ainsi qu'aux membres inférieurs, qui diffusément atteints, le sont cependant avec prédominance sur leur face postérieure, de flexion, et au niveau des genoux. Aux membres supérieurs où les lésions sont moins confluentes, c'est au contraire la face d'extension qui est la plus atteinte : face dorsale des mains, coudes.

Le polymorphisme de cette dermatose est extrême.

Nous y voyons d'abord toute une catégorie de lésions classiques représentant des tuberculides typiques :

1° *Tuberculides papulo-nécrotiques* particulièrement nettes au niveau des coudes et des bras;

2° *Acné cachecticorum*, lésion plus superficielle, caractérisée par un petit soulèvement épidermique à contenu purulent;

3° *Angiokeratomes de Mibelli* à centre purpurique, prédominant avec élection dans les régions latérales du dos du pied;

4° Enfin *érythème induré de Bazin* sous forme de deux placards situés à la face antérieure de la jambe gauche, à centre ulcéré.

Voilà autant de lésions ne prêtant pas à discussion et tirant leur seul intérêt de leur exubérance et de leur intrication chez le même sujet.

Mais là ne se bornent pas tous les constituants de cette complexe dermatose. C'est ainsi que dans les régions articulaires, coudes et surtout genoux, et aussi face postérieure de la cuisse, s'observent souvent même en contiguïté avec les tuberculides papulo-nécrotiques les plus authentiques, des éléments papulo-squameux, polygonaux, brillants, à centre plus ou moins ombiliqué, rappelant étrangement le *lichen plan*. La ressemblance se poursuit même au point de vue subjectif, car ces lésions sont le siège d'un léger prurit.

Cependant leur surface ne présente en aucun point de stries de Wickham et nous n'avons pas hésité sur la seule foi du contexte clinique à considérer ces éléments comme des tuberculides atypiques. La biopsie d'ailleurs est venue nous donner raison. Elle a permis en effet d'éliminer à coup sûr le lichen plan.

Assez curieux également sont ces *éléments verrucoïdes*, de teinte rose bistre, siégeant sur le dos des mains, au niveau de l'interligne métacarpo-phalangien, sur le dos des pieds, en marge de la région plantaire. On dirait des verrues planes de grandes dimensions; isolées, ces lésions éveilleraient même l'idée de la syphilis. La curette détache ces éléments sans la moindre difficulté. Un ou deux d'entre eux, ébauchent l'aspect d'un *granulome annulaire*.

Enfin la plante des pieds est le siège de véritables *kératomes* bien circonscrits, lenticulaires. Toutes ces lésions, sous réserve des localisations prédominantes mentionnées au cours de la description, sont étrangement entremêlées et confluent souvent au point de créer de véritables placards dans lesquels les tuberculides papulo-nécrotiques voisinent avec des papules lichenoïdes.

Il faut ajouter enfin que toute ces lésions, spécialement celles des membres inférieurs, ont un *caractère purpurique* bien spécial, et que les téguments tant au niveau des divers éléments pathologiques que dans les territoires de peau saine sont ponctués par un fin piqueté purpurique. De-ci, de-là, il existe même de fines *bulles* à contenu hémorragique, purulent ou hémopurulent. Signalons en terminant cette description la présence de plusieurs cicatrices varioliformes.

L'examen général n'a montré aucune lésion viscérale. L'état général est bon. L'appareil respiratoire, qui fut l'objet d'un examen minutieux est apparemment indemne de toute lésion. L'auscultation, l'examen radioscopique sont demeurés négatifs. Cependant, la malade crache quelque peu. La recherche des bacilles de Koch dans l'expectoration muco-purulente est demeurée négative. Une inoculation au cobaye, de cette expectoration a été pratiquée le 14 janvier dernier.

Les urines renferment un léger disque d'albumine.

La réaction de Bordet Wassermann dans le sang a été négative.

OBSERVATION 9

Tuberculides multiples. *Lupus érythémateux* du visage.

***Tuberculides* nécrotiques géantes et *papulo-nécrotiques* des membres supérieurs. *Sarcoïdes* de Boeck.**

(Nicolas et Petouraud)

La malade que nous présentons est une femme de trente ans qui présente un ensemble de lésions cutanées tuberculeuses, les unes tout à fait classiques, les autres très atypiques et qui res-

semblent à des tuberculides nécrotiques de gigantesques dimensions.

Dans les antécédents on note des *adénites* cervicales datant de l'enfance et dont certaines ont suppuré. Vers l'âge de 22 ans, une *bronchite* pour laquelle on lui aurait conseillé un séjour à la montagne. Elle est mariée sans enfants ni fausse couche. Sa mère fut également atteinte d'adénopathies cervicales et une sœur est morte, à 18 ans, de bronchite.

L'affection actuelle a débuté il y a 18 mois par des lésions du cuir chevelu. Depuis ce moment la malade a vu apparaître de nouvelles lésions au niveau de la face et des membres supérieurs.

1° Les lésions du cuir chevelu sont les plus anciennes (1 an 1/2) : elles consistent en petites plaques érythémato-squameuses, alopeciques, qui sont des lésions typiques de *lupus érythémateux*.

2° Les lésions de la face sont les plus récentes et ne datent que de six mois. Elles sont situées au niveau du nez, des joues et du front. De petits éléments arrondis sont disséminés çà et là. Toutes ces lésions sont érythémato-squameuses ; la vitropression ne permet d'y déceler aucun nodule. Elles ont l'aspect classique du *lupus érythémateux*.

3° Les lésions des membres supérieurs ont débuté il y a un an environ. Ce sont de beaucoup les plus intéressantes. Elles sont d'aspects objectifs très divers.

a) *Lésions nécrotiques géantes*. Sur la face externe des deux bras, on observe de très curieuses lésions nécrotiques, profondes, de grande taille. Elles sont assez nombreuses : une douzaine sur le bras droit, une demi-douzaine sur le bras gauche. Elles sont arrondies ou allongées, très déprimées, très creusées, ayant intéressé le derme. Leur diamètre varie en moyenne de 10 à 15 millimètres ; la plus grande, allongée transversalement, mesure environ 35 millimètres sur 10. Les plus anciennes sont des cicatrices

déprimées, à bords presque taillés à pic, dont la surface a la teinte de la peau normale. D'autres ont un centre cicatriciel avec tout autour une aréole inflammatoire rouge. Les plus récentes enfin, sont croûteuses ; on peut enlever cette croûte qui se détache d'un seul bloc, comme une escarre, montrant une dépression profonde, épidermée, sans ulcération ni suintement.

Toutes ces lésions ont la même mode de début : il se forme d'abord une petite croûte qui s'étend, se dessèche et tombe laissant une cicatrice déprimée et profonde. La lésion est déjà épidermée à la chute de la croûte. Nous insistons bien sur cette évolution qui se passe tout entière sans qu'il y ait d'ulcération, mais bien avec un processus nécrotique massif. La durée d'évolution est d'un mois à six semaines.

b) Des lésions de *tuberculides papulo-nécrotiques* sont situées à la partie moyenne du bras gauche et consistent en petites cicatrices arrondies, varioliformes, ayant l'aspect habituel de ces lésions.

c) A la partie postérieure du bras gauche, on trouve trois petits éléments noueux, intra-dermiques, du volume d'un noyau de cerise, un peu durs, saillants et roses qui correspondent aux *sarcoïdes de Boeck*.

Enfin, on note des lésions de lupus érythémateux au niveau des doigts des deux mains.

En même temps que ces lésions des membres supérieurs est apparu un *prurit* très intense, siégeant non pas au niveau des éléments cutanés, mais surtout au niveau des avant-bras et des épaules.

Les nombreuses lésions de grattage que l'on trouve à ce niveau témoignent de la violence de ces démangeaisons.

L'examen général montre des adénopathies diverses : cervicale avec un ganglion du volume d'une cerise, axillaire avec gros ganglions bilatéraux.

L'examen pulmonaire ne révèle aucun signe net.

L'examen des urines permet de constater une albuminurie importante; pas de cylindres.

Examen du sang : réaction de Wassermann légèrement positive.

Urée : 0,48 ‰.

OBSERVATION 10

Tuberculides polymorphes.

(Kren)

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, ayant dans la région inguinale des *ganglions tuberculeux* en partie *ulcérés*, et qui présente des groupes de tuberculides d'un polymorphisme accusé.

On observe des éruptions ayant les caractères de lésions *papulo-nécrotiques* et acnéiformes; par ailleurs, des nodosités qui ressemblent au *granulome annulaire*, enfin, des éléments — les plus petits — semblables au *lichen nitidus*; de la grosseur d'une tête d'épingle, ils sont pâles et brillants.

Notons au passage que le lichen nitidus, individualisé pour sa structure histologique tuberculoïde, coïncide ici avec des tuberculides, alors que l'on a plutôt tendance actuellement à ne pas en faire une tuberculide licheniforme, et à le considérer comme une affection spéciale de nature inconnue (Barber).

OBSERVATION 11

Erythème induré de Bazin et tuberculides papulo nécrotiques. Adénopathie sous-maxillaire à type de lymphôme tuberculeux.

(Gaté, Michel, Charpy)

L..., 19 ans, s'est présentée à nous le 21 février 1931 pour une tuméfaction de la région sous-maxillaire droite coïncidant avec des lésions cutanées des deux membres inférieurs.

Il n'y a rien à retenir dans les antécédents héréditaires de cette malade. Par contre, elle a présenté autrefois des *ganglions* dans la région cervicale droite et au niveau même de l'adénopathie actuelle. Le tout a disparu sans qu'aucun traitement particulier ne soit intervenu.

Réglée à 12 ans, très normalement depuis, la malade est mariée depuis trois ans. Son mari est en parfaite santé. Elle a une fillette de trois mois, de constitution chétive.

C'est il y a un mois que la malade vit apparaître et se développer rapidement la tuméfaction actuelle. Il s'agit d'une polyadénopathie, faite de ganglions de moyen et gros volume, de consistance renitente et ferme. Il y a peu de périadénite. Cette masse s'est constituée sans que la malade éprouve la moindre douleur ou gêne fonctionnelle.

La peau à son niveau n'est le siège d'aucun phénomène inflammatoire. Cette adénopathie du volume d'un poing occupe la région sous-angulo-maxillaire et la loge sous-maxillaire elle-même.

On découvre dans la région sous-mentonnière quelques ganglions durs, satellites de la masse précédemment décrite.

L'examen de la cavité bucco-pharyngée est absolument négatif.

Les lésions dermatologiques de cette malade apparues il y a trois semaines, occupent les deux membres inférieurs et prédominent nettement au niveau de la jambe droite.

Elles sont de deux ordres et représentées :

1° Par des *tuberculides papulo-nécrotiques* absolument typiques occupant la face interne de la cuisse droite, le genou et le tiers supérieur de la jambe droite, dans sa face antéro-interne. Il s'agit d'éléments papulo-croûteux groupés en petits îlots comprenant deux à trois éléments. On en découvre quelques-uns sur la jambe opposée dans le tiers inférieur de sa face interne.

2° Par des placards d'*érythème induré de Bazin* occupant les deux jambes et prédominant nettement sur la gauche et à sa face postérieure. L'aspect est celui classiquement observé dans l'*érythème induré de Bazin*.

L'examen somatique est négatif.

Le Bordet-Wassermann a été négatif dans le sang.

Le séro-diagnostic tuberculeux a été positif à +5 +10 +20.

La déviation du complément (Besreda) fut par contre *négative*, ainsi d'ailleurs qu'une *cuti-réaction* à la tuberculine.

OBSERVATION 12

Angiokeratomes de Mibelli plantaires et tuberculides nodulaires et papulo nécrotiques des jambes.

(Gougerot, Blum et Bralez)

Depuis quelques semaines, il s'est formé à la face plantaire des deux pieds de cette malade, en particulier à la face interne des orteils, à la face externe des espaces interdigitaux et au bord externe des deux pieds, de petites papules dures, cornées.

et de petits angiomes et angiokératomes de Mibelli : les unes papuleuses, grandes comme une tête d'épingle, nettement saillantes au palper sont rouge violacé angiomateuses.

Les autres, de deux à trois millimètres sont saillantes, épaisses, croûteuses ou plutôt cornées.

D'autres forment transition entre ces deux types et sont plus angiomateuses que kératosiques.

A la partie inférieure de la jambe existent de petites lésions indolentes, violacées, grandes comme une tête d'épingle, recouvertes d'une petite croûte, souvent un peu déprimée du derme, et qui sont des tuberculides papulo-nécrotiques.

Aux membres supérieurs, aux mains, on note de l'acroasphyxie et sur la face dorsale des doigts, des *plaques* « *pernio* », violacées, ayant tendance à s'ulcérer (angiodermite d'Hallopeau et Leredde).

A la paume des mains, on constate l'existence de petites *papules* non cornées, sans tendance à l'ulcération, et qui sont saillantes et épaisses.

La *réaction à la tuberculine* au 1/1.000, faite en intra-dermo est fortement *positive*.

OBSERVATION 13

Acnitis et tuberculides multiples.

(Lortat-Jacob et Jame)

D... (Jean), âgé de 29 ans, vient consulter le 25 mars dernier : il présente une éruption de la face, et des ulcérations des mains et des pieds qui l'obligent à cesser son travail.

a) *Face*. — L'éruption de la face — qu'il qualifie d'acné —

est composée d'éléments papulo-pustuleux disséminés. Elle couvre le front et les pommettes où elle est presque confluyente, elle est peu marquée aux joues et respecte complètement le menton. Ses éléments dont la couleur varie du rouge vif au rouge cuivré sont de grosseur variable, allant du volume d'une tête d'épingle, à celle d'un gros grain de plomb. Certains sont surmontés d'une pustulette centrale. Au toucher, ils sont nettement infiltrés, nodulaires, d'une dureté ligneuse, manifestement développés et enchâssés dans le derme.

Cette éruption de la face, qui remonte à trois ans environ est survenue par poussées.

L'aspect de l'éruption, son caractère nodulaire et infiltré, son mode et sa date d'apparition, semblent caractéristiques de l'acné.

En plus de cette éruption, le malade présente, dans la région préauriculaire gauche, une petite tache érythémateuse, couverte de quelques squames adhérentes et légèrement infiltrées.

Les pavillons des deux oreilles, ont — surtout à gauche — leur bord libre légèrement érodé par quelques petites taches atrophiques et présentent par place de l'érythème, de l'infiltration et un état squameux assez net.

L'une et l'autre de ces lésions rentrent dans le cadre d'un *lupus érythémateux* qui évoluerait depuis deux ans sans d'ailleurs inquiéter le malade.

b) *Mains*. — Les lésions des pieds et des mains sont plus récentes : elles ont débuté il y a trois mois environ par de la rougeur et du gonflement des doigts ; puis des ulcérations sont apparues, favorisées, dit le malade, par les traumatismes de son travail.

Jamais le malade n'avait présenté de semblables lésions des extrémités, sauf l'an dernier à la fin de l'hiver où des ulcérations

identiques s'étaient développées, mais moins marquées; elles avaient regressé spontanément.

Actuellement, les ulcérations siègent :

Aux pieds : le long de leur bord intérieur, et sur la face dorsale des troisième et quatrième orteils.

Aux mains : à la face dorsale des deux annulaires, au niveau de leurs deux dernières phalanges.

Ces ulcérations sont atones, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation. Elles sont entourées d'une zone violacée, très congestive, tuméfiée, à bords diffus. Les doigts qui les portent sont gonflés, œdématisés jusqu'à leur base.

En plus de ces ulcérations, on remarque sur les mains d'autres lésions : à la face dorsale de la main gauche, une plaque de la dimension d'une paume de main, légèrement érythémateuse, atrophique, et recouverte de quelques squames adhérentes.

A la face dorsale des doigts, de multiples petites taches présentant les mêmes caractères.

Ces taches qui datent de deux ans environ, ont passé par une phase érythémateuse et congestive actuellement terminée. Elles semblent rentrer nettement dans le cadre du lupus érythémateux des mains.

Par ailleurs, l'état général du malade ne présente rien de particulier. Il s'agit d'un individu peu robuste, légèrement amaigri.

Radioscopie pulmonaire : *sommetts gris*, s'éclairant mal.

BW dans le sang est négatif.

Les lésions des mains sont plus difficiles à classer que celles de la face qui consistent en acné et lupus érythémateux; en effet, si les plaques du dos de la main rentrent dans le cadre du lupus érythémateux, les ulcérations des doigts peuvent faire penser à des engelures banales.

Mais une apparition récente chez un individu qui présente depuis deux ans des tuberculides de la face, leur coexistence

avec un lupus érythémateux des mains, plaide contre le diagnostic d'engelures simples.

Il s'agit, là aussi, de tuberculides, réalisant, sinon le type de véritable lupus érythémateux, du moins un type de lésions de passage entre celui-ci et les engelures.

OBSERVATION 14

Lichen scrofulosorum et tuberculides papulo-nécrotiques.

(Margarot et Deveze)

Cette observation s'ajoute à celles qui établissent *l'origine hématogène* de diverses tuberculides, mais son intérêt tient surtout à la démonstration qu'elle paraît apporter d'un *stade granulémique* de l'infection.

Pe... Je..., mécanicien, mutilé de guerre, entré le 9 mai 1924. Il présente une éruption généralisée dont le début remonte à quelques jours, mais il est malade depuis plusieurs années.

En 1917, il a été évacué des armées pour gelure du gros orteil droit et, quelques mois plus tard, pour des blessures multiples par éclatement d'obus. En 1918, il doit être hospitalisé pour une *bronchite* du sommet droit.

A partir de ce moment, l'état général est mauvais.

La fosse iliaque droite devient le siège d'un *abcès froid*.

En 1919, une *tumeur blanche* du genou gauche nécessite une ponction. Un liquide séro-purulent s'écoule. On applique un appareil plâtré.

Enfin, une *ostéite* du grand trochanter donne lieu à un abcès dont on retire 250 cc. de pus.

Ces différentes déterminations tuberculeuses guérissent assez facilement. L'état général du malade est relativement satisfaisant pendant trois ou quatre ans.

Vers la fin du mois de mars 1924, le sujet, qui avait repris son travail, commence à éprouver un peu de lassitude.

Son asthénie augmente progressivement au fur et à mesure qu'apparaissent des douleurs fugaces et variables au foyer des anciennes blessures et dans les articulations.

Au début du mois de mai, des éléments éruptifs se montrent sur le front, puis sur les pommettes. Ce sont des soulèvements papuleux assez larges, dont la bordure est grenue, de coloration rose terne et dont le centre déprimé présente une teinte livide ou violacée suivant les éléments, et se révèle un peu hyperalgésique au contact et à la piqure.

L'éruption se généralise en 4 ou 5 jours, en même temps que se produisent des frissons et que la *température* oscille dans les limites de 37°5 le matin et de 38° le soir.

Les douleurs articulaires s'accroissent.

L'éruption discrète au niveau des membres et sur la face antérieure du tronc, est surtout marquée dans le dos.

Elle est faite de papules coniques, de coloration rose pâle. Le sommet est grisâtre et finement squameux. Elles sont plutôt souples au toucher. Certains de ces éléments sont isolés et disséminés.

La plupart se groupent et forment par leur réunion des placards nummulaires dont la bordure est grenue et le centre souvent déprimé, de teinte plus claire, parfois violacée.

L'exploration de leur surface avec une pointe mousse ou piquante met en évidence une légère hyperalgésie. Il n'existe ni prurit, ni douleur spontanée. On porte le diagnostic de lichen scrofulosorum.

Une légère tuméfaction douloureuse de la face latérale

gauche du cou attire l'attention sur une adénite qui n'avait pas été notée les jours précédents et paraît récente.

A la nuque, dans l'aîne et au-dessus de l'épitrochlée, on trouve de petits *ganglions* assez mobiles et indolents.

Poumons :

Il existe un peu de submatite à la base gauche,

Au sommet droit, on trouve également de la submatité en arrière; les vibrations vocales sont exagérées, l'expiration est légèrement prolongée.

Rien par ailleurs. Les réactions de Hecht et de Wassermann sont négatives.

Une *hémoculture* sur bouillon reste *stérile*.

Plusieurs inoculations sont faites; trois cobayes meurent rapidement sans que l'autopsie mette en évidence la moindre lésion tuberculeuse. Un *cobaye* ayant reçu 10 cc. de sang sous la peau de l'abdomen, présente une survie de *deux ans*. A l'autopsie, la rate est grosse, congestionnée, farcie de granulations. On trouve de nombreux bacilles de Koch.

Le 18 mai 1924, l'éruption a pâli, son relief s'est un peu affaîssé.

L'état général est assez bon, malgré une fièvre qui atteint 38° le matin et 38°5 le soir. Le malade s'alimente bien.

Les ganglions cervicaux ont augmenté de volume. La tuméfaction est faite de masses lobées de consistance ferme au toucher.

Au début du mois de juin se produit une augmentation rapide du volume des masses ganglionnaires cervicales. Les téguments soulevés sont très tendus par un amas de consistance ferme du côté droit. A gauche, la tuméfaction présente en un point un peu de ramollissement.

Le malade est essoufflé, accuse de la dysphagie. Une radio-

graphie met en évidence une énorme adénopathie trachéo bronchique.

Le 21 juin : *intra-dermo-réaction* avec tuberculine diluée au dix millième, est *fortement positive*.

Le 4 juillet, l'adénite cervicale est ponctionnée en un point fluctuant. On retire un pus grumeleux, mal lié dans lequel l'examen direct met en évidence des bacilles de Koch.

Deux cobayes inoculés avec ce pus, succombent avec des lésions tuberculeuses (l'un 3 mois 1/2, l'autre 6 mois 1/2 après).

L'éruption cutanée primitive a disparu. Elle est remplacée sur le dos par quelques élevures *papulo-pustuleuses* récentes de *siège folliculaire*. Sur le front existent quelques éléments d'*acné papulo-nécrotique*.

COMMENTAIRES

L'histoire clinique du malade est dominée par la facile mobilisation du germe tuberculeux sous forme de *poussées septicémiques* aboutissant à des *localisations multiples*.

Elle donne lieu tout d'abord à des lésions osseuses et articulaires, à des suppurations en rapport avec des blessures anciennes (cou de pied gauche, os iliaque droit, genou gauche). Ces lésions guérissent quatre ans après la dernière poussée, les divers foyers sont le siège d'une réactivation. Ils deviennent douloureux, l'asthénie reparait, une fièvre légère se déclare, une éruption typique généralisée de lichen scrofulosorum et de tuberculides papulo-nécrotiques ne tarde pas à se manifester pour disparaître à son tour, au fur et à mesure que se développent d'énormes adénopathies bacillaires.

Nous voulons retenir de l'étude de ce malade la notion d'une *virulence particulièrement atténuée* de l'agent tuberculeux et qui

cadre parfaitement avec le résultat des recherches entreprises au cours des dernières années permettant de supposer que dans le sang le germe se trouve sous la forme de virus filtrant.

La réalité d'une granulénie paraît démontrée dans le cas qui nous occupe par plusieurs faits :

1° Il a été complètement impossible de mettre en évidence dans le sang des formes acido-résistantes du bacille tuberculeux.

2° L'injection de ce sang a tuberculisé un cobaye et ce fait démontre sa virulence, mais une survie de 2 ans de ce cobaye prouve l'extrême atténuation de cette virulence.

3° Consécutivement à la poussée granulémique avec lichen scrofulosorum se sont développées des adénopathies caractérisées par d'énormes ganglions dont un ou deux seulement ont présenté une fonte caséuse partielle et rapidement réparée, avec présence d'un bacille de Koch encore atténué puisque les cobayes inoculés avec le pus ont succombé seulement l'un au bout de 3 mois 1/2 et l'autre après 6 mois.

Une dernière remarque peut être faite touchant la résistance particulière de la *peau* vis-à-vis du virus tuberculeux. L'ensemencement des téguments *par voie hématogène* ne donne lieu qu'à une éruption de tuberculides.

L'ultra-virus garde sa forme filtrante et ne peut prendre la forme bacillaire pour réaliser les lésions tuberculeuses typiques.

Par contre les os, les articulations, le tissu cellulaire sous-cutané, les ganglions constituent pour le germe des milieux plus favorables.

OBSERVATION 15

Eruptions tuberculoïdes survenues à la suite d'un coup de soleil chez une malade atteinte antérieurement de tuberculose ganglionnaire.

(Ravaut et Desbucquois)

Il s'agit d'une jeune malade, née le 3 août 1909, âgée de 22 ans, issue d'une mère morte de tuberculose pulmonaire. Elle n'a jamais été malade jusqu'en 1927. A cette époque, elle fut traitée à Berck à plusieurs reprises pour des *ganglions tuberculeux du cou* dont on voit encore les cicatrices.

Au début de juillet 1929, elle retourne à Berck, en touriste cette fois. Elle s'expose au soleil et, dix jours après apparaissent tout à coup simultanément, uniquement sur les zones découvertes et insolées, des lésions de types assez différents, selon les régions atteintes.

1° A la face, des lésions *vésiculeuses* envahissent symétriquement le front, les joues, le nez, le menton, rappelant une dermite artificielle à *type eczémateux* : certains éléments sont un peu plus infiltrés; surtout au niveau des pommettes, et rappellent les dispositions et même l'aspect du *lupus érythémateux*.

2° Au cou : un semis de petits papules rouges de 3 à 4 mm. de diamètre; quelques-unes dans la région antérieure, présentent une petite ulcération centrale rappelant les *tuberculides papulo-nécrotiques*.

3° Aux deux bras, surtout au niveau des plis du coude, un semis de lésions papuleuses, de petites dimensions, peu infiltrées, légèrement brillantes, que l'on pourrait étiqueter *lichen*.

4° Aux coudes, sur la face externe des avant-bras, quelques papules surélevées, nodulaires, centrées par un point nécrotique ayant tous les caractères des tuberculides papulo-nécrotiques.

5° Sur la face dorsale de quelques doigts, sur le dos des mains, des nodules rouges violets, gros comme un grain de poivre, dont quelques-uns sont en voie de nécrose et représentent des types intermédiaires entre certains éléments de lupus pernio et les tuberculides papulo-nécrotiques.

On ne retrouve dans l'histoire de la malade ni l'influence d'un médicament, ni celle d'un corps chimique quelconque. Les lésions uniquement limitées aux régions insolées, sont apparues toutes ensemble dix jours après un violent coup de soleil chez une malade entachée de tuberculose ganglionnaire, et présentant néanmoins un assez bon état général.

Ajoutons dès maintenant que ces lésions ont disparu en quelques semaines sans laisser de traces sauf au cou, aux coudes et aux doigts, où l'on voit encore sous forme des petites cicatrices creuses, les reliquats bien connus des tuberculides papulo-nécrotiques.

Les réactions sanguines de Bordet-Wassermann et de Hecht ont été négatives.

A plusieurs reprises, des cuti et des intradermo-réactions à la tuberculine ont été pratiquées (27 et 31 juillet 1929, 21 et 26 août 1929) et se sont montrées positives. A la suite de l'une d'elles, le 3 septembre 1929, sont apparus de nouveau sur les bras quelques éléments de tuberculides papulo-nécrotiques qui disparurent rapidement.

Depuis cette époque nous avons constamment suivi cette malade qui n'a jamais présenté de nouvelle lésion cutanée. Elle est toujours fatiguée, nonchalante, irritable et a légèrement maigri. Notre ami Rist a bien voulu vérifier, le 6 juin 1930, son état pulmonaire : il l'a trouvé normal ; cependant, à la partie supérieure du hile gauche, il a constaté l'existence d'une *calcification* grosse comme une noisette. Au cou, dans la région sterno-mastoïdienne, se sentent encore des *ganglions* indurés.

Chez cette malade, se présentant au vingtième jour d'une éruption typique de tuberculides papulo-nécrotiques, nous avons aussitôt pensé à étudier son sang et, le 31 juillet 1929, 3 cobayes sont inoculés avec du sang frais retiré de la veine et réinjecté aussitôt dans le péritoine avant tout trace de coagulation. Nous ne répéterons pas ici le protocole des expériences qui a été publié dans notre communication à l'Académie de Médecine à la séance du 1^{er} juillet 1930. Voici brièvement les résultats.

Le premier cobaye inoculé avec 5 cmc. de sang fut sacrifié neuf mois après, ne montrant aucune lésion et ses ganglions ne renfermaient pas de bacilles de Koch.

Le deuxième cobaye inoculé avec 10 cmc. de sang fut sacrifié neuf mois après; il avait maigri de 100 gr. A l'autopsie : aucune lésion apparente sauf une hypertrophie des ganglions épiploïques, mésentériques et trachéo-bronchiques. L'examen de ces ganglions ne révèle pas de bacilles de Koch; mais la réinoculation de ces ganglions met en évidence dans trois passages successifs la présence de bacilles de Koch.

Le troisième cobaye inoculé avec 15 cmc. de sang meurt sept mois après l'inoculation, ne présentant pour toute lésion qu'une légère hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques; dans les frottis on retrouve quelques rares bacilles de Koch.

Enfin, le 21 mars 1930, huit mois après le début de la maladie, alors que les traces de l'éruption avaient disparu depuis longtemps, le sang de cette malade a été inoculé à trois reprises différentes (21 mars, 4 avril, 15 avril 1930) au même cobaye et dans la même région; sacrifié quarante-deux jours après la première inoculation, il ne présente aucune lésion apparente, sauf de l'hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques dans lesquels on peut constater des bacilles de Koch typiques.

OBSERVATION 16

Tuberculides polymorphes.

(Gaté, Michel, Tiran)

R... (Alexandre), 25 ans. Ce sujet, au passé indemne de tout antécédent pathologique, vient à l'hôpital, le 15 janvier 1932, pour une dermatose apparue il y a trois mois environ, qui a occupé d'emblée ou presque les surfaces actuellement atteintes : visage, cou et bras.

On est en présence de lésions *papulo-pustuleuses* extrêmement florides du visage intéressant à peu près uniformément toute la face, et n'empiétant nullement sur le cuir chevelu ; elles débordent par contre largement sur la région cervicale qui est même le siège des lésions les plus accentuées et surtout les plus suppuratives. Leur aspect est exactement à ce niveau celui de l'*acné indurée profonde, presque furonculoïde*.

Sur le visage proprement dit, il s'agit d'éléments papuleux ou papulo-pustuleux plus discrets, plus pâles d'une teinte plus ou moins livide ou violacée. Certains acuminés sont centrés par une petite pustulette pyoïde ; d'autres recouverts d'une simple croûte. Il s'agit là de *tuberculides papulo-nécrotiques* plus ou moins typiques, certaines acnéiformes, d'autres plus sèches au contraire et verrucoïdes ; ce dernier aspect est surtout net au niveau des régions périorbitaires. Aucune lésion muqueuse.

Sur les bras et les avant-bras, symétriquement, à la face postéro externe, existent des éléments papulo-nécrotiques plus ou moins classiques ; certains offrent de façon indiscutable après soulèvement de la croûte une petite cavité putéiforme.

Toutes ces manifestations cutanées se sont installées sans aucun signe fonctionnel local ou général. La santé, par ailleurs de ce malade est excellente. L'examen clinique et radioscopique

du thorax n'a révélé aucune altération pleuro-pulmonaire ou ganglionnaire.

Une réaction de Bordet-Wassermann a été négative.

La *cuti réaction* à la *tuberculine* a été *très positive*, et la déviation du complément pour la tuberculose très légèrement positive.

La recherche directe des microbes dans le pus des pustules n'a montré aucun élément microbien, en particulier pas de bacilles de Koch.

L'*examen histologique* des différents éléments fut très confirmatif dans le sens de *tuberculides*. La paroi des éléments suppurés du cou est en particulier très riche en cellules géantes et en cellules épithélioïdes.

Une thérapeutique par les sels d'or semble avoir donné déjà un certain résultat.

OBSERVATION 17

***Tuberculides polymorphes* chez un bacillaire fibreux porteur d'une synovite à grains riziformes et d'une micropolyadénopathie avec légère leucocytose sanguine.**

(Favre, Gaté, Michel, Tiran)

M. B... (Joannès), 39 ans, entre dans notre service le 30 janvier 1932, a déjà été hospitalisé plusieurs fois pour une série de manifestations tuberculeuses apparues en 1917 et qui persistent actuellement. *Bronchites* hivernales avec *hémoptysies*, synovites des deux poignets à grains riziformes, micropolyadénopathies bacillaires ont depuis cette date alterné chez ce sujet. La santé

générale du malade en a été certes quelque peu éprouvée (amaigrissement, asthémie). Toutefois le malade offre encore un habitus assez floride. Toutes ces déterminations tuberculeuses ont conservé, il est vrai, un caractère assez torpide et dans l'ensemble la tuberculose de ce sujet s'est révélée relativement bénigne et n'a jamais présenté un caractère très évolutif.

Un examen radioscopique des poumons n'a montré qu'une ombre scissurale droite et un voile apexien du même côté. L'oreille, perçoit au même niveau quelques râles de *cortico-pleurite*. Il s'agit en somme d'une tuberculose pulmonaire fibreuse.

Il existe une légère leucocytose sanguine, sans modification de la formule (18.000 globules blancs).

C'est sur ce terrain d'une tuberculose surtout ganglionnaire et synoviale que sont apparues vers la fin de l'année 1917 des manifestations cutanées qui depuis à intervalles plus ou moins grands ont fait constamment leur réapparition chez ce malade, avec de courtes rémissions estivales.

Au niveau des oreilles on constate des lésions indiscutables de *lupus érythémateux fixe*. Sur les membres supérieurs, les mains et les jambes se sont déroulées de nombreuses poussées de *tuberculides papulo-nécrotiques* dont le malade présente les reliquats cicatriciels.

Ce malade nous permet de suivre différentes évolutions à partir d'une papule mère. Ces petites papules d'un rose plus ou moins livide, hémisphériques, dures, des dimensions d'une lentille tantôt avortent et disparaissent sans avoir atteint le stade de nécrose, tantôt s'ouvrent en leur centre où il se constitue une petite cavité putéiforme qu'une croûte vient bientôt obturer. A noter que certaines de ces papules semblent évoluer différemment et que leur aspect déjà angiomateux et kératosique permet de suspecter très fortement leur *évolution* vers l'*angiokératome de Mibelli*.

Par ailleurs, nous notons chez ce malade une acrocyanose très nette.

OBSERVATION 18

Lésions de la base du nez et des mains à type de *lupus pernio*. *Sarcoïdes noueuses disséminées sclérodermiques*.

(Nicolas, Gaté, Michel, Tiran)

Nous vous présentons une malade chez qui à côté d'un *lupus pernio* coexistent des sarcoïdes noueuses disséminées d'un type assez particulier réalisant une forme de transition entre les sarcoïdes dermiques et hypodermiques et revêtant actuellement l'aspect de vastes nappes sclérodermiques.

L'histoire de cette affection est la suivante : c'est il y a *huit ans* environ (1924) que Mme D... actuellement âgée de 38 ans vit apparaître les premières manifestations de sa dermatose. Cette malade, indemne de tout antécédent, remarqua la présence dans la région presternale de petites nodosités hypodermiques de consistance très dure, qui s'étalèrent et finirent par adhérer à la peau, en constituant un placard rouge vineux, sillonné de fines et nombreuses varicosités, offrant à la palpation la consistance d'une nappe sclérodermique. Lentement, et sans aucun symptôme douloureux, le syndrome actuel se précisa par l'adjonction à la lésion initiale presternale de nouvelles infiltrations analogues apparues en des régions diverses.

Le tableau clinique est actuellement le suivant :

1° *Les lésions du visage*. Elles intéressent la racine du nez, la région malaire gauche, les régions masseterines et sous-angulo

maxillaires symétriquement. Les mêmes caractères se retrouvent partout : peau luisante, tendue, d'un rouge vineux (où courent de fines télangiectasies), adhérente au tissu cellulaire sous-cutané, ce dernier lui-même semblant en certains points du moins (racine du nez) solidement fixé au squelette sous-jacent. Ces nappes sclérodermiformes ont des limites imprécises, diffuses.

Dans la région sous-angulo-maxillaire, surtout à droite, existe une déformation nette produite par le développement de volumineux nodules occupant la loge parotidienne et pour lesquels il est permis de se demander s'il s'agit de nodules hypodermiques ou de ganglions lymphatiques hypertrophiés.

2° Nous retrouvons dans la région presternale un placard analogue aux précédents. Rappelons que ce fut le premier en date.

3° *Les membres supérieurs* sont le siège de lésions diffuses.

a) Les mains tout d'abord retiennent l'attention.

La droite est la plus atteinte. Les doigts boudinés, œdématisés, recouverts d'une peau amincie et violacée offrent un peu l'aspect classique des engelures; la déformation parfois fusiforme rappelant le spina ventosa y est cependant plus accentuée et surtout l'infiltration plus dure et plus diffuse. Elle se prolonge en effet sur le dos de la main et autour du poignet. Un examen clinique minutieux montre que le squelette sous-jacent ne participe pas pour une part quelconque à cette hypertrophie; la radiographie d'ailleurs vient le confirmer.

A signaler certaines altérations unguéales (effritement, friabilité), et quelques troubles vaso-moteurs et sécrétoires. Les bras et les avant-bras sont littéralement blindés de placards adhérents, plus ou moins confluent déformant les reliefs normaux. Des nappes violacées, livides, à limites imprécises, dessinent en surface la topographie quelque peu réticulée des infiltrations sous-jacentes. De-ci, de-là, la main qui palpe perçoit plus ou moins

nettement un nodule non encore noyé dans la nappe sclérodermiforme.

4° L'examen des *membres inférieurs* révèle la présence aux jambes et dans les creux poplités de lésions analogues mais beaucoup plus discrètes, avec plusieurs petites nodosités.

L'examen des territoires ganglionnaires met en évidence l'existence de quelques ganglions indolents qui pour la plupart seraient apparus en même temps que les lésions cutanées des territoires correspondants.

L'état général est remarquablement conservé.

L'inoculation d'un fragment biopsié au cobaye reste *négative*, ainsi que les *intra-dermos* réactions à la tuberculine (1/5.000° et 1/1.000°). Le diagnostic de tuberculides doit évidemment être maintenu, et cette malade réalise de tous points le syndrome du lupus pernio (lésions de la face et des mains) auquel s'associent ici des *sarcoïdes disséminées* d'un type particulier qui constituent un terme de transition entre les sarcoïdes hypodermiques de Darier Roussy et les sarcoïdes dermiques de Boeck.

Nous avons découvert chez notre malade quelques symptômes qui seraient susceptibles d'être interprétés comme des manifestations de *lympho-granulomatose*. En plus de l'anergie tuberculinique, il nous faut noter à la radioscopie pulmonaire l'*élargissement des hiles* et une *image de scissurite*. Nous avons signalé au passage l'existence d'*adénopathies* dans différents territoires. Par ailleurs, à certains moments, il fut noté un certain degré de mononucléose sanguine. La rate enfin, chez notre malade donne une matité manifestement accrue. Par contre, la radiographie des extrémités osseuses ne nous a pas révélé de zones claires de décalcification.

Une remarque s'impose cependant. Schaumann en effet exclut du cadre de sa lymphogranulomatose les sarcoïdes hypo-

dermiques. Or, dans notre observation le début des lésions fut manifestement hypodermique.

C'est pourquoi il importe de faire les plus grandes réserves à ce sujet.

On essaie sans résultats d'ailleurs, l'antigène méthylique de Nègre et Bocquet.

Bordet-Wassermann négatif, l'étiologie syphilitique n'a aucune raison d'être retenue.

OBSERVATION 19

Note clinique sur un tableau complexe de tuberculides.

(Radaeli et Casazza)

Cette malade, dont nous résumons l'observation, présente des lésions réparties pour la plupart sur un *fond d'acrocyanose*.

Sur les bras, les seins, le dos, les flancs :

Des *sarcoïdes hypodermiques* Darier Roussy et des sarcoïdes noueuses disséminées ; l'examen histologique d'une biopsie a montré une structure banale.

Sur le cuir chevelu :

Des lésions folliculaires à rapprocher des *tuberculides papulo-nécrotiques* (acnitis, folliclis).

Sur le front :

Une *sarcoïde de Boeck*.

Sur le dos du nez, les joues, les oreilles :

Des éléments ayant l'aspect du *lupus érythémateux*. L'examen histologique confirme.

L'examen général met en évidence une adénopathie cervicale droite, et des altérations du parenchyme pulmonaire d'origine bacillaire.

Les épreuves tuberculiques sont peu nettes ; la cuti-réaction est négative, l'intra-dermo faiblement positive. Doit-on pour cela discuter la lymphogranulomatose bénigne métascrofuleuse ? Il existe bien des altérations ganglionnaires, mais vraisemblablement tuberculeuses ; quant à la mononucléose sanguine, elle est faible. Ces quelques symptômes ne sont pas assez concluants ; enfin, notons qu'il n'existe aucune altération osseuse.

Au cours de cette observation, les auteurs étudient surtout la possibilité d'un *rapport pathogénique* entre les altérations fonctionnelles de l'*acrocyanose* et les lésions organiques tuberculoïdes, et se demandent si l'*acrocyanose* ne collabore pas, en tant que facteur vasculaire, à la création des *tuberculides* ?

OBSERVATION 20

Tuberculides polymorphes.

(Sezary, Horowitz et Facquet)

Mme G... (Marie), 25 ans, sans profession, vient consulter le 15 mars 1931, au pavillon Brocq pour des lésions cutanées multiples dont les premiers éléments sont apparus pendant l'hiver 1927-28.

A ce moment, la malade a constaté au-dessus de chaque cheville, à la face externe des jambes, la présence de placards violacés symétriques. Ceux-ci ont persisté jusqu'aujourd'hui, plus marqués pendant les froids qu'au moment de la belle saison. Vers la même époque sont apparus sur la face dorsale des doigts des éléments violacés qui ont été pris pour des engelures.

L'hiver suivant, des papules sont survenues sur la face externe des bras, puis une infiltration violacée symétrique est

apparue au visage. Ces diverses lésions n'ont jamais déterminé ni douleur, ni prurit.

En avril 1929, la malade a subi une hystérectomie totale pour *salpingite tuberculeuse* (Dr Lascaut). Elle conserve une fistule abdominale qui, de temps en temps, laisse couler un peu de sérosité jaunâtre.

Au cours des mois suivants s'est manifestée une recrudescence marquée des lésions de la face.

A l'heure actuelle où l'état général de la malade est très satisfaisant, les lésions cutanées sont les suivantes :

Au visage, on note une tuméfaction rouge bleuâtre, œdémateuse, à bords diffus, à topographie symétrique, occupant la paupière inférieure, les joues, les plis naso-géniens, s'arrêtant en arrière à la région pré-auriculaire et ne dépassant pas en bas le bord inférieur du maxillaire.

Le front, le menton, l'arête du nez, les lèvres, le cou sont épargnés. La peau est froide. A la palpation on sent une infiltration diffuse, élastique, indolore, à bords estompés. La vitropression efface complètement les lésions. Celles-ci réalisent donc l'aspect typique du *lupus pernio*.

On remarque de plus, chez cette malade, de petites taches rouge-brunâtres irrégulièrement arrondies situées sur une sur la joue droite, une sur l'arête du nez, plusieurs sur la joue gauche, une sur le lobule de l'oreille droite. Ces taches sont remarquables par l'atrophie du derme sous-jacent et par la présence de fines squames grises adhérentes. La vitropression ne montre aucun nodule sucre d'orge. l'aspect est celui du *lupus érythémateux*.

Sur la face postérieure des bras, on note des deux côtés, une rougeur diffuse avec kératose pilaire. Sous cette nappe érythémateuse la palpation révèle plusieurs nodosités profondément enchiâssées, assez fermes, de dimensions variant de celles d'une

lentille à celle d'une noisette, au nombre de 1 à gauche, de 5 à 6 à droite. Ces éléments répondent aux *sarcoïdes hypodermiques* de Darier et Roussy.

Aux mains, on note à la face dorsale des doigts des élevures violacées, localisées électivement sur la première et la troisième phalange de chaque doigt, élevures sous lesquelles on reconnaît un nodule indolent, dur, encastré profondément dans le derme. Il s'agit également de *sarcoïdes*.

Sur la face dorsale du premier interosseux gauche, on observe un *granulome annulaire* typique.

Aux membres inférieurs, on remarque sur chaque jambe dans la région sus-molléolaire externe, un large placard rouge à centre violacé, large comme une pièce de 5 francs, de forme arrondie, à bords diffus, surplombant la peau saine environnante. La palpation montre que ce placard repose sur un nodule profond de consistance ferme. Plusieurs nodosités semblables se trouvent sur les deux jambes. Elles sont caractéristiques de l'*érythème induré de Bazin*.

Le cou, le tronc, les avant-bras, les cuisses ne présentent pas de lésion cutanée.

L'examen général ne révèle aucune lésion viscérale importante, en dehors de la fistule consécutive à la salpingite bacillaire.

Pas de cicatrice d'écrouelles. Les images pulmonaires de la radiographie sont normales.

Il y a lieu de noter dans les antécédents familiaux de la malade que son père est mort à 48 ans de tuberculose pulmonaire et qu'elle a perdu un frère à l'âge de 7 ans à la suite d'une méningite.

Nous avons pratiqué les examens complémentaires suivants :

La *cuti-réaction* à la tuberculine est *positive*.

Les *séro-réactions* de la syphilis sont *négatives*.

Nous avons inoculé à trois cobayes des fragments provenant d'une nodosité de la jambe ; les animaux ont survécu sans aucune atteinte à leur état général.

Nous avons inoculé du sang de la malade dans le péritoine du cobaye et nous avons fait trois passages de ganglions sans résultat.

Nous avons inoculé enfin un fragment de tuberculide dans le ganglion cervical du cobaye suivant le procédé de Ninni. Nous avons pratiqué deux passages sans résultat.

Nous n'avons pu découvrir *ni bacille de Koch ni virus filtrant bacillaire, soit dans le sang soit dans les lésions cutanées* de notre malade.

L'examen histologique d'un élément de la jambe de notre malade (Docteur Lévy-Coblentz) a montré des lésions inflammatoires consistant en un infiltrat de lymphocytes, d'histiocytes et par place, de cellules épithélioïdes.

Ces lésions sont disposées en îlots autour des artérioles et des veines, dont certaines sont thrombosées. Il n'y a ni polynucléaires, ni cellules géantes, ni follicules tuberculeux dans les coupes que nous avons examinées. Nous n'avons pas mis de bacilles de Koch en évidence. L'aspect est celui d'une tuberculide.

La malade a suivi du 23 mars au 19 mai 1931, un traitement combiné par la tuberculine et le sulfarsénol. Après ce traitement, les lésions du visage et des mains se sont atténuées. Le granulome annulaire a disparu.

Au mois de janvier 1932, sont apparues deux sarcoïdes du visage, l'une à l'angle du maxillaire droit, l'autre à la partie inférieure de la pommette gauche.

La malade a pu cet hiver travailler pour la première fois sans voir d'engelures.

Observations personnelles

inédites, recueillies dans le service
de M. le Professeur agrégé Sezary

OBSERVATION A

Pink..., âgé de 34 ans, consulte pour la première fois dans le service du professeur agrégé Sezary le 20 septembre 1932. Il vient pour une légère tuméfaction de la joue gauche et des nodosités érythémateuses siégeant à la face. De plus, il présente un *lupus érythémateux* des deux oreilles, et ce depuis l'âge de vingt ans.

Les lésions actuelles ont débuté onze mois auparavant par une nodosité à la joue gauche. En même temps sont apparues des lésions au menton, au-dessus et à gauche de la lèvre supérieure, et à la pommette droite; d'autres, nettement érythémateuses, siègent sur le corps depuis trois mois.

L'examen montre :

Au visage :

Au-dessous de l'œil gauche, une légère tuméfaction violacée, avec infiltration, diffuse en profondeur.

Au menton, du côté gauche une plaque érythémateuse; des dimensions d'une pièce de un franc, elle est infiltrée, d'aspect noueux, et se continue sous le menton par une zone semblable, où la peau ne peut être plissée.

Sur l'apophyse zygomatique droite, une lésion grande comme une pièce de 50 centimes, présentant également les caractères des *sarcoïdes hypodermiques*.

Sur les oreilles :

Des lésions d'aspect cicatriciel; les lobules sont recouverts de petites squames blanchâtres très adhérentes.

Au dos :

On remarque sur la ligne médiane à hauteur de D₁₁-D₁₂, dans la fosse sus-épineuse gauche, et à la face interne de la fesse droite des lésions arrondies, dont le diamètre varie de 1 à 3 cm.; érythémateuses, infiltrées, leur centre présente parfois un aspect cicatriciel, avec une légère atrophie de la peau. Là encore, nous sommes en présence de sarcoïdes hypodermiques.

Enfin, il existe également une infiltration nodulaire à la partie inférieure du thorax, près de l'appendice xyphoïde.

Par ailleurs, ce malade présente de l'acrocyanose des mains. On note aussi deux petites plaques de pelade, l'une au menton, l'autre au-dessus de l'oreille droite.

L'examen de l'appareil urogénital montre une atrophie testiculaire; celui des *poumons*: une diminution du murmure au sommet gauche, des râles ronflants et sibilants à droite.

Légère adénopathie sous-maxillaire, quelques ganglions durs, mobiles, indolores.

Rien par ailleurs. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

On ne trouve rien de marquant dans les antécédents de ce malade: sa mère serait morte d'un cancer de l'utérus, son père après une histoire pulmonaire qu'il est difficile d'éclaircir.

Il a trois frères et une sœur en bonne santé. Marié, sa femme est bien portante; pas d'enfants.

Il ne signale aucune maladie antérieure; son appareil pulmonaire, en particulier, n'a jamais rien présenté de pathologique.

En décembre 1932, après une série de vingt injections de Muthanol, les *sarcoïdes* du corps et de la face ont disparu et les lésions des oreilles sont très améliorées. Au cours de juillet 1933, on fait sur les oreilles trois applications de neige carbonique d'une durée variant de 60 à 120 secondes, puis le malade s'absente; il profite encore de trois nouvelles séances de cryothérapie pendant le mois de décembre.

Son acrocyanose des mains est alors plus marquée.

De la mi-décembre 1933 à fin janvier 1934, il reçoit douze injections de Muthanol, à raison de deux par semaine; on commence une autre série de Muthanol fin février. C'est alors que nous avons l'occasion d'observer ce malade.

Il n'existe plus trace des *sarcoïdes* qui siégeaient à la face et sur le corps.

Sur la joue droite, à hauteur de l'arcade zygomatique, on remarque une lésion des dimensions d'une pièce de un franc, et qui, aurait débuté six mois plus tôt; rouge sombre, elle présente quelques télangiectasies, et est recouverte de petites squames grises adhérentes; au centre : petite zone d'atrophie; l'ensemble a bien les caractères cliniques du *lupus érythémateux*.

Les oreilles droite et gauche offrent encore sur leur bord, leur lobule, et à la partie supérieure du pavillon, les reliquats du *lupus érythémateux* apparu voici quinze ans : l'aspect est celui d'un érythème avec de petites zones blanches intercalées; quelques télangiectasies; l'atrophie cicatricielle est nette. Pas de *lupomes* à la vitro-pressure.

L'examen général met seulement en évidence en plus de l'atrophie testiculaire déjà notée (et probablement consécutive

à une orchite ourlienne) un petit noyau dur, indolore de la queue de l'épididyme gauche; le spécialiste urologue consulté pense à une lésion kystique que l'on rencontre assez souvent dans les cas de processus scléro-atrophique.

L'état général du malade est satisfaisant; ni fièvre, ni amaigrissement.

La *radiographie pulmonaire* pratiquée alors montre des hiles chargés, quelques nodules calcifiés, et des arborisations broncho-vasculaires accentuées.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine ne devient positive qu'avec la dilution au millième; celles faites avec une solution à 1 pour 10.000, puis à 1 pour 5.000 n'ont rien donné.

Une cuti-réaction pratiquée avec de la tuberculine brute est positive.

Le malade reçoit six à huit applications de neige carbonique sur son lupus érythémateux de la joue droite qui va régresser nettement. Par contre, les lésions déjà anciennes des oreilles ne se modifient presque plus.

OBSERVATION B

M... (Marguerite), âgée de 32 ans, vient à la consultation de M. le Professeur agrégé Sezary, le 9 mars 1934, pour des lésions infiltrées des jambes dont le début remonte à trois mois.

La malade se plaint de ce que ses pieds, surtout le gauche, soient le plus souvent d'une coloration bleue violacée, s'accompagnant d'une sensation d'engourdissement. Elle nous signale qu'elle a l'habitude de fréquenter les piscines, et fait pas mal de natation durant l'été.

En décembre 1933, elle s'est aperçue de la présence d'un

élément rouge terne, épais, de la dimension d'une pièce de o fr. 50 qui, en deux semaines, s'est ulcéré en son centre et a laissé une croûte qui est disparue au bout d'un mois. On en voit encore la trace à hauteur de la crête tibiale gauche, à l'extrémité inférieure du groupe lésionnel actuel.

Cet élément s'accompagnait de démangeaisons, et au dispensaire où elle fut consultée, on lui dit qu'il s'agissait d'engelures. Elle prit de l'huile de foie de morue, des gouttes (?) et mit localement des compresses d'huile goménolée.

En janvier 1934, la malade est allée passer trois semaines dans le Jura; et c'est au retour de ce voyage qu'elle s'est aperçue de la présence de multiples plaques, au tiers inférieur des deux jambes. Ces plaques, très rouges, à limites diffuses au début, se sont agrandies pour s'organiser de différentes façons et aboutir aux divers types de lésions que l'on peut constater actuellement, et qui sont telles depuis un mois environ.

Examen :

A l'inspection, on est frappé par l'aspect violacé du pied gauche qui présente un léger œdème gardant un peu l'empreinte. Ce gonflement, comme la coloration des téguments, varie avec la fatigue.

Jambe gauche :

On note de haut en bas :

Le reliquat pigmenté de l'élément apparu le premier en décembre.

A côté de lui, une lésion rouge sombre, à limite imprécise bien que sensiblement arrondie, elle est recouverte en son centre d'une croûte formée par un suintement de sérosité; sa consistance papuleuse infiltrée a des limites correspondant approximativement à celles de la tache érythémateuse. Cet aspect clinique est bien celui d'une *tuberculide papulo-nécrotique*.

En dessous, et débordant vers la malléole externe, des petites lésions diffuses, arrondies, peu infiltrées, faisant légèrement saillie, qu'on peut classer sous le nom de *lupoïdes miliaires disséminées*.

En bas, vers la malléole interne, un gros élément infiltré en profondeur ayant tous les caractères de l'*érythème induré de Bazin* : on apprécie à la palpation un noyau hypodermique assez bien limité, à peu près insensible, largement dépassé à l'extérieur par les modifications des téguments qui sont violacés, cette teinte allant en se dégradant du centre vers la périphérie.

On note en arrière un groupe plus récent de tuberculides papulo-nécrotiques

Enfin, il est intéressant de noter les diverses formes de passage, disséminées çà et là entre ces types différents, en particulier des lésions à tendances nécrotiques, éléments qu'on pourrait qualifier d'acnitis s'ils siégeaient au visage.

Jambe droite :

Il existe sur la face externe du mollet, au tiers inférieur, un groupe de trois éléments de la dimension d'une pièce de un franc, formés d'une base infiltrée, d'une large croûte superficielle laissant sourdre un peu de sérosité et entourée d'un halo violacé aux limites imprécises ; ces lésions nous semblent assez proches de l'*Erythème induré de Hutchinson* (qui est une variété ulcérée de l'*érythème de Bazin*).

Sur la face interne, un petit élément en voie de nécrose et deux lésions d'*érythème induré* typique, assez sensibles à la palpation.

Toutes ces lésions d'allure torpide se transforment peu ; parfois, elles s'accompagnent d'un léger prurit, diffus, non localisable et très supportable.

La malade se plaint aussi d'élancements douloureux, plus ou

moins permanents, dans les jambes; sensation de lourdeur, de fatigue, qui apparaît surtout à la station debout ou après une marche prolongée, en même temps que l'œdème et l'érythro-cyanose augmentent.

Ces accidents sont localisés uniquement à l'extrémité inférieure des jambes, sur un fond d'érythro-cyanose et de kératose pileuse.

A noter aussi une hypothermie locale évidente.

Cette malade n'a aucun antécédent personnel; mais on apprend que sa sœur est morte à 27 ans de bacillose pulmonaire, après avoir présenté des adénopathies multiples depuis l'âge de 12 ans; un frère serait atteint de mal de Pott. Son mari, tisseur habituel, ferait de la bronchite chronique. Elle a un enfant de 5 ans très bien portant.

Chez elle, on ne trouve pas trace d'adénopathies. L'*examen pulmonaire* montre aux deux sommets une respiration prolongée, un peu soufflante, sans bruits adventices; à la base gauche, une submatité légère avec diminution du murmure.

Une radiographie donne les résultats suivants : petites taches floues dans les fenêtres apicales; calcifications hilaires; le cul-de-sac gauche se développe mal dans les inspirations profondes.

Du côté droit : image de scissurite.

La malade crachant un peu, nous avons fait plusieurs recherches du bacille de Koch, soit à l'examen direct, soit après homogénéisation, et qui sont restées infructueuses.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine diluée au 1/10.000^e, et la cuti-réaction à la tuberculine brute, sont fortement positives.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Un traitement, comprenant une série d'injections intra-dermiques de tuberculine diluée, à raison de une par semaine, et des piqûres d'Hectine améliore rapidement ces lésions.

V

Statistique

Nous avons recherché, pour chaque tuberculide, les diverses associations rapportées dans ces observations :

— En suivant, pour le premier terme, l'ordre de notre classification du groupe des tuberculides ;

— En notant les coïncidences d'après leur ordre de fréquence.

1° a) Le *lichen scrofulosorum* coexiste

3 fois avec tuberculides papulo nécrotiques,

1 — — acnitis.

b) Les *tuberculides papulo nécrotiques*

5 fois avec érythème induré de Bazin,

5 — — lupus érythémateux,

3 — — lichen scrofulosorum,

3 — — sarcoïdes de Boeck,

2 — — sarcoïdes noueuses disséminées,

1 — — sarcoïdes sous-cutanées Darier-Roussy,

1 — — lupoides miliaires disséminées.

c) Les *lupoïdes miliaires disséminées*

- 1 fois avec tuberculides papulo nécrotiques,
- 1 — — érythème induré de Bazin,
- 1 — — sarcoïdes hypodermiques.

d) Les *sarcoïdes de Boeck*

- 3 fois avec tuberculides papulo nécrotiques,
- 2 — — lupus érythémateux,
- 1 — — sarcoïdes hypodermiques.

Le *lupus pernio*

- 1 fois avec sarcoïdes noueuses disséminées,
- 1 — — sarcoïdes hypodermiques Darier
Roussy,
- 1 — — érythème induré de Bazin,
- 1 — — lupus érythémateux.

e) Le *lupus érythémateux*

- 5 fois avec tuberculides papulo nécrotiques,
- 2 — — sarcoïdes de Boeck,
- 1 — — lupus pernio,
- 1 — — érythème induré de Bazin,
- 1 — — sarcoïdes hypodermiques.

2° a) Les *sarcoïdes sous-cutanées Darier Roussy*

- 2 fois avec lupus érythémateux,
- 1 — — érythème induré de Bazin,
- 1 — — lupus pernio,
- 1 — — sarcoïdes de Boeck,
- 1 — — tuberculides papulo nécrotiques,
- 1 — — lupoïdes miliaires.

Les sarcoïdes noueuses disséminées de Darier

- 2 fois avec tuberculides papulo nécrotiques,
- 1 — — érythème induré de Bazin,
- 1 — — sarcoïdes de Boeck,
- 1 — — lupus pernio,
- 1 — — lupus érythémateux.

b) L'érythème induré de Bazin

- 5 fois avec tuberculides papulo nécrotiques,
- 1 — — lupoïdes miliaires disséminées,
- 1 — — lupus pernio,
- 1 — — lupus érythémateux,
- 1 — — sarcoïdes sous-cutanées Darier
Roussy,
- 1 — — sarcoïdes noueuses disséminées.

Dédutions particulières aux tuberculides polymorphes

L'étude de ces observations permet d'en tirer quelques enseignements intéressants.

A) Morphologie.

1° Nous remarquons que les associations les plus variées sont possibles entre les divers types classiques de tuberculides dermiques ou hypodermiques.

Un point nous paraît mériter particulièrement notre attention, c'est la *combinaison* d'une lésion de *lympho-granulomatoïse bénigne* (lupus pernio ou sarcoïde de Boeck) avec une *tuberculide* typique ; or, cette coexistence qui serait impossible pour Schaumann, se présente dans cinq des observations publiées. (Obs. 6, 9, 18, 19 et 20.)

Nous voyons des sarcoïdes de Boeck associées

- 1 fois à des tuberculides papulo nécrotiques ;
- 2 autres fois à des tuberculides papulo nécrotiques
à un lupus érythémateux et à des sarcoïdes
hypodermiques.

De même un lupus pernio apparaît

- Dans 1 cas, avec des sarcoïdes noueuses disséminées;
- Dans 1 autre cas, avec un lupus érythémateux, des sarcoïdes hypodermiques type Darier Roussy, et un érythème induré de Bazin.

Faut-il voir là un argument défavorable à l'individualisation de cette affection paratuberculeuse qui semble bien réunir d'éminents partisans, de plus en plus nombreux ? Ce problème nous paraît d'autant plus délicat que l'étiologie même de cette maladie de système n'est pas encore définitivement éclaircie, Schaumann lui-même hésitant entre une origine bovine ou un virus filtrant tuberculeux.

2° Nous rencontrons aussi ces lésions que l'on a de plus en plus tendance à considérer comme des tuberculides véritables, et dont la parenté est généralement reconnue.

a) Le *granulome annulaire*, relevé dans quatre observations (2 de M. Sezary, 1 de Kren, 1 de M. Nicolas), coexiste

- 3 fois avec un érythème induré de Bazin ;
- 3 fois avec des tuberculides papulo nécrotiques ;
- 1 fois avec un lupus pernio, un lupus érythémateux, des sarcoïdes hypodermiques de Darier Roussy ou des sarcoïdes noueuses disséminées.

b) L'*angiokeratome de Mibelli* que nous notons également dans trois observations (de MM. Gougerot, Favre, Nicolas), est associé

- 3 fois à des tuberculides papulo nécrotiques ;
- 1 fois à un érythème induré de Bazin et à un lupus érythémateux.

Ainsi, l'apparition simultanée ou successive de ces lésions et de tuberculides classiques plaide encore en faveur de leur rapprochement.

3° Certains auteurs ont signalé l'apparition fréquente de *lésions atypiques*, de formes de transition qui, isolées, ne feraient certainement pas suspecter une origine bacillaire.

Lésions papuleuses, papulo vésiculeuses (Gougerot, Gaté, Pautrier, Ravaut) ;

- vésiculeuses eczématiformes (Ravaut) ;
- papulo pustuleuses furonculoïdes (Gaté) ;
- ulcéreuses, nécrotiques géantes (Gaté, Nicolas, Pautrier) ;
- lichenoïdes (Nicolas, Ravaut) ;
- érythémato squameuses (Pautrier) ;
- verrucoïdes (Nicolas) ;
- bulleuses (Nicolas).

L'étude de la réaction focale consécutive à une injection intradermique de tuberculine, et qui s'étendrait à ces lésions banales, présenterait l'avantage de pouvoir les confondre plus facilement dans une même étiologie avec les tuberculides associées.

L'argument thérapeutique commun est non moins intéressant, s'il peut rendre plus évidente la marche parallèle de leur évolution. Mais sur la nature de ces lésions, on ne peut donner aucune conclusion définitive.

B) Evolution.

Rien ne permet de prévoir la date d'apparition, la durée, le nombre des poussées qui peuvent se succéder

de la façon la plus déconcertante, et créer les associations les plus variées.

Des lésions antérieures éteintes peuvent se réveiller.

Le type de celles qui apparaissent dans la suite, est essentiellement variable.

Bien que leur début soit le plus souvent inopiné, les poussées semblent parfois déclanchées par une cause provocante : intradermo réaction à la tuberculine ; et il est souvent difficile de déterminer la part exacte d'une influence possible, sinon probable des agents physiques : insolation, froid surtout.

Chaque poussée peut évoluer pendant des semaines, des mois. La durée des rémissions est aussi variable.

L'état général lui-même n'est touché que d'une façon capricieuse. Notons de suite qu'il est généralement peu atteint ; si les poussées sont souvent précédées par une période d'amaigrissement, il est exceptionnel qu'elles s'accompagnent d'un mouvement fébrile (une seule observation).

Et cela nous amène à étudier chez les sujets qui présentent des tuberculides polymorphes.

C) Les foyers tuberculeux.

Bien qu'ils soient le plus souvent caractéristiques, on peut admettre comme un fait d'expérience générale que les tuberculides ne coexistent pas avec une tuberculose viscérale, grave, évolutive.

Dans trois observations seulement, il n'est fait mention d'aucune atteinte bacillaire même légère.

Le plus souvent, nous nous trouvons en présence de lésions *ganglionnaires* indurées et torpides (signalées

dans 8 observations) ; les formes ramollies, ulcérées, sont peu fréquentes (on les relève dans 4 autres observations).

Il est *rare* de constater des lésions de *tuberculose pulmonaire*. En étudiant les antécédents, on ne trouve que des bronchites, et chez trois malades seulement. L'examen radiologique ne révèle le plus souvent que des signes sans importance : calcifications, ombres hilaires, adénopathies tracho-bronchiques (5 observations) — parfois une scissurite (2 cas). Les atteintes parenchymateuses sont exceptionnelles, et encore s'agit-il généralement de formes fibreuses (4 malades présentent des sommets douteux).

Signalons pour terminer

- La malade présentée par M. Sezary qui était atteinte de salpingite tuberculeuse ;
- L'observation de M. Margarot, où le même sujet fit une bronchite, un abcès froid de la fosse iliaque droite, une tumeur blanche du genou gauche, une ostéite du grand trochanter ;
- Le cas de M. Favre, avec corticopleurite, synovite des deux poignets à grains riziformes, et micropolyadénopathie ;
- Enfin l'histoire rapportée par M. Gaté, de cette malade porteuse de tuberculides polymorphes qui succomba à une méningite tuberculeuse.

Mais cela ne doit pas nous faire perdre de vue le caractère bénin, l'évolution torpide des foyers bacillaires habituellement rencontrés, qui, dans le plus grand nombre des cas, ne sont pas aussi nets.

D) Pathogénie.

L'évolution par poussées successives ou simultanées de types différents, et la multiplicité des lésions indiquent nettement une *origine hématogène*, qui d'ailleurs a été mise plusieurs fois en évidence par les recherches de Ravaut, dont les résultats se superposent à ceux déjà obtenus par Lœwenstein.

Il se produit une localisation du virus à la peau qui peut créer la lésion cutanée, immédiatement ou ultérieurement.

Mais comment expliquer cette coexistence, cette succession de types si différents ? Diverses hypothèses ont été soulevées, et il est malaisé de déterminer la part exacte de chacune.

1° La *nature* elle-même de l'*agent pathogène* a été très discutée. La quantité des théories émises à ce sujet, et leur vogue plus ou moins passagère en font foi : théorie toxinique, théorie des bacilles morts, théorie des embolies de bacilles atténués à la peau, à partir d'une infection première ayant déjà tuberculisé l'organisme (qui se trouve ainsi en état d'immunité partielle). Puis, on s'est tourné vers les races spéciales de bacilles : formes dégénérées, nature du bacille (bovin ou humain). Le nombre plus ou moins élevé des bacilles embolisés est entré en ligne de compte.

Enfin, les travaux récents de Ravaut sur les *formes filtrantes* du bacille de Koch (remarquablement étudiées par Fontes dès 1910, Vaudremer) sont venus ébranler toutes les théories jusqu'ici classiques, en apportant d'autres bases aux recherches bactériologiques et expérimentales.

De grands progrès ont pu être réalisés, grâce à des méthodes nouvelles : recherche de l'ultra virus

— Soit dans le sang, pour mettre en évidence le rôle de la septicémie sanguine dans la production des tuberculides ;

— Soit dans les tissus, à partir de l'inoculation d'un fragment.

Et cela en pratiquant des passages successifs au cobaye, les réinoculations étant faites avec des broyages soit des ganglions, soit du foie, de la rate, des poumons. Grâce à la connaissance d'une forme spéciale de tuberculose expérimentale (type Calmette Valtis) caractérisée par une hypertrophie de tout le système ganglionnaire, dans lequel il est possible de mettre en évidence le bacille de Koch, l'étiologie bacillaire peut être précisée beaucoup plus souvent.

2° Un autre problème se pose : dans quelle mesure faut-il tenir compte de la *réaction spéciale de l'organisme* ? C'est l'importante question de l'*allergie*. Ce nom représente la réaction modifiée, plus précoce et plus bénigne, lors d'une nouvelle infection se produisant dans un organisme sensibilisé par une infection précédente.

Or, les malades atteints de tuberculides ont tous été tuberculisés antérieurement ; il est probable que c'est cet état d'hypersensibilité qui intervient pour déterminer la réaction histologique.

Mais l'étude clinique et histologique des tuberculides polymorphes, montrant cette apparition simultanée d'éléments différents, amène à penser que leur morphologie si variable ne tient pas seulement à la nature du virus ou à une réaction spéciale de l'organisme, mais

dépend pour beaucoup de la *localisation du virus* dans telle ou telle partie de la peau, de la constitution et des réactions propres à la partie des téguments envahis. Il semble en effet difficile de comprendre pourquoi la décharge à la peau conduit tantôt à l'apparition d'un lichen scrofulosorum, tantôt à celles de tuberculides papulo nécrotiques ou d'un érythème induré de Bazin ; aussi peut-on considérer comme influençant la formation du type cette localisation différente pour les diverses tuberculides. Et il serait intéressant d'élucider complètement ce rôle des tissus, la possibilité d'une véritable *allergie tissulaire*, qui a déjà été l'objet de recherches intéressantes (Bruno Bloch, Woringer).

VII

CONCLUSIONS

1° Par les associations cliniques qu'elles réalisent, les tuberculides polymorphes permettent d'apporter un élément en faveur de la constitution du groupe des tuberculides

- En précisant ses limites nosologiques ;
- En indiquant nettement la parenté étroite unissant entre elles les diverses formes classiques, et celles de transition ;
- En plaçant en faveur de conditions pathogéniques identiques.

2° Leur étude présente donc un intérêt à la fois

- Pratique (elles facilitent dans certains cas le diagnostic) ;
- Pathogénique (elles nous donnent des arguments pour la nature de certains types cliniques encore discutés.

VU :

Le Doyen :

ROUSSY.

VU :

Le Président :

GOUGEROT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- SEZARY, HOROWITZ et FACQUET. — *Les tuberculides polymorphes.* (*Revue Médicale française*, octobre 1933).
- BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, juin 1934. (Réunion dermatologique de Strasbourg du 13 mai 1934 consacrée à l'étude des sarcoïdes).
- DARIER. — *Précis de Dermatologie. Tuberculides.*
- PAUTRIER. — *Tuberculides.* (Rapport au III^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française. Bruxelles, 1926).
- RAVAUT, VALTIS et GUERRA. — *Tuberculosés granulaires de la peau d'origine sanguine et tuberculides.* (*Presse Médicale*, 7 octobre 1931).
- RAVAUT, VALTIS et DE BLASIO. — *La présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le sang des malades atteints de tuberculides.* (Soc. Dermat. et Syphil., 7 juillet 1932).
- SCHAUMANN. — *Tuberculides.* (Rapport au III^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française. Bruxelles, 1926).

OBSERVATIONS

- MILIAN et PERIN. — *Tuberculides papulo-nécrotiques, acnitis, lichen scrofulosorum, adénite inguinale tuberculeuse.* (Soc. de Derm. et de Syphil., 8 mai 1924).
- SEZARY, NORERO et LICHTWITZ. — *Tuberculides polymorphes.* (Soc. de Derm. et Syphil., 9 décembre 1926).
- GOUGEROT et FILHOL. — *Deux cas d'érythème induré de Bazin avec tuberculides papulo-nécrotiques superposées.* (*Bulletin Soc. Derm. et Syphil.*, février 1927).
- PAUTRIER et GLASSER. — *Lupoïdes miliaires et tuberculides de la face.* (*Bulletin Soc. Derm. et Syphil.*, mai 1927).
- PAUTRIER et ULLMO. — *Tuberculides papulo-nécrotiques.* (*Bulletin Soc. Derm. et Syphil.*, mai 1927).

- GATÉ et ROUSSET. — *Manifestations atypiques de tuberculose cutanée et tuberculides associées. Terminaison par une méningite tuberculeuse.* (Bulletin Soc. Derm. et Syphil, avril 1929).
- PAUTRIER et ULLMO. — *Tuberculides de types multiples chez une même malade.* (Soc. Derm., réunion de Strasbourg, 21 juillet 1929).
- NICOLAS, MASSIA et MICHEL. — *Tuberculides polymorphes* (Soc. Derm., réunion de Lyon, 16 janvier 1930).
- NICOLAS et PETOURAUD. — *Tuberculides multiples* (Soc. Derm., réunion de Lyon, 20 février 1930).
- KREN. — *Polymorphe tuberkulide* (Zentralblatt für Haut und Geschlechtskr. XXXIV, n^{os} 7 et 8, août 1930).
- GATÉ, MICHEL, CHARPY. — *Erythème induré de Bazin et tuberculides papulo-nécrotiques.* (Soc. Derm. et Syphil., 26 février 1931).
- GOUGEROT, BLUM et BRALEZ. — *Angiokératomes de Mibelli, tuberculides nodulaires et papulo-nécrotiques* (Soc. Derm. et Syphil., 23 avril 1931).
- LORTAT-JACOB et JAME. — *Acnitis et tuberculides multiples.* (Soc. Derm., et Syphil., 23 avril 1931).
- MARGAROT et DEVÈZE. — *Lichen scrofulosorum et tuberculides papulo-nécrotiques.* (Soc. Derm. et Syphil, 23 avril 1931).
- RAVAUT et DESBUCQUOIS. — *Eruptions tuberculoïdes survenues à la suite d'un coup de soleil.* (Presse Médicale, 7 octobre 1931).
- GATÉ, MICHEL, TIRAN. — *Tuberculides polymorphes.* (Soc. Derm., réunion de Lyon, 28 janvier 1932).
- FAVRE, GATÉ, MICHEL, TIRAN. — *Tuberculides polymorphes.* (Soc. Derm., réunion de Lyon, 16 février 1932).
- NICOLAS, GATÉ, MICHEL, TIRAN. — *Lupus pernio et sarcoïdes noueuses disséminées sclérodermiformes.* (Soc. Derm., réunion de Lyon, 17 mars 1932).
- RADAELI et CASAZZA. — *Nota clinica sopra un complesso quadro di tuberculidi.* (Arch. Italiano di Dermat, Sifilol et Venereologia, t. IX, mars 1933).
- SEZARY, HOROWITZ et FACQUET. — *Tuberculides polymorphes* (Revue Médicale française, octobre 1933).

